

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

386
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

LA

SYPHILIS DÉCLASSÉE ou ATTARDÉE

Syphilis secondaire tardive

LOUIS ROTHUREAU

Né à Aigrefeuille, le 29 Octobre 1879

Sous la présidence de M. le Professeur DEBOVE

NANTES

Imprimerie A. DUGAS, 5, quai Cassard

1911

386

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

LA

SYPHILIS DÉCLASSÉE ou ATTARDÉE

Syphilis secondaire tardive



LOUIS ROTHUREAU

Né à Aigrefeuille, le 29 Octobre 1879

Sous la présidence de M. le Professeur DEBOVE

NANTES

Imprimerie A. DUGAS, 5, quai Cassard

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	P. MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	CHAUFFARD.
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale	GILBERT.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
	DELBET.
	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
	BAR.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	RIBEMON-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ.	LENORMANT.	RATHERY.
BERNARD.	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RETTERER.
BRANCA.	GOUGEROT.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GRÉGOIRE.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUENIOT.	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
BRUMPT.	GUILLAIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JEANNIN.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	JOUSSET (André).	NICLOUX.	TERRIEN.
CASTAIGNE.	LABBE (Marcel).	NOBÉCOURT.	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LECENE.	PROUST.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOSPICES CIVILS DE NANTES

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MALHERBE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Commandeur de la Légion d'honneur

Membre de l'Académie de Médecine

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine

Professeur de Clinique médicale à l'Hôpital Beaujon

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous saisissons avec empressement l'occasion qui nous est offerte d'exprimer ici les sentiments de vive sympathie dont nous sommes animé à l'égard des personnes qui nous ont montré quelque intérêt dans le cours de nos études.

Nous dédions ce modeste travail, comme témoignage de notre reconnaissance et de notre affection, à notre père, qui n'a reculé devant aucun sacrifice, pour nous permettre de parvenir au but désiré, et à nos deux sœurs, dont le dévouement, tout rempli d'exquise délicatesse, nous fut un aide si précieux depuis nos débuts.

Nous devons exprimer tout particulièrement notre vive gratitude à Monsieur le Docteur Henri MALHERBE qui nous a inspiré le sujet de cette étude, nous a guidé de ses conseils dans sa rédaction, et a bien voulu mettre à notre disposition les observations inédites que nous publions.

Nous remercions également tous ceux qui, à un degré quelconque, nous ont instruit dans la science médicale, tous nos Maîtres dans les hôpitaux qui nous ont prodigué leurs leçons éclairées et bienveillantes.

Monsieur le Professeur DEBOVE nous a fait l'honneur insigne d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer nos plus respectueux remerciements.

CHAPITRE PREMIER

Exposé du Sujet

§ 1. — *Les trois actes de la Syphilis*

Dans ses leçons sur le chancre (2^{me} édition, Paris, 1860, p. 193) Ricord dit : « La syphilis est, de toutes les affections, la plus méthodique et la plus régulière dans son développement. Rien dans son empire n'est livré au hasard, elle ne connaît pas l'anarchie. Elle a ses formes de début comme elle a ses symptômes éloignés.... Dans le plus grand nombre des cas elle parcourt son orbite avec la régularité que mettent les mondes célestes à fournir leur carrière. Chaque accident, chaque phase a son heure fixée d'avance, presque invariable... »

A moins que le trouble ne soit jeté dans cette évolution fatale par le traitement.

« Alors, ajoute-t-il, des lésions, secondaires de forme et de caractère, peuvent se développer dans une période où vous croiriez ces malades à l'abri de ces accidents. Ces *symptômes déclassés* compromettraient fort la doctrine de l'évolution méthodique et régulière, si l'on ne tenait compte de l'influence du mercure sur la maladie...,»

Ce sont ces symptômes déclassés et attardés, que nous avons résolu d'étudier ici guidé, par les captivantes leçons du Professeur Fournier sur la Syphilis tardive, et appuyé sur les belles observations de notre Maître le Docteur Henri Malherbe.

Nous avons choisi ce sujet dans le but de faire connaître ces faits surprenants au premier abord et capables de dérouter le praticien. Trop peu connus en effet en dehors des spécialistes, ils sont souvent mal interprétés, au grand dommage des patients.

« La Syphilis est un drame qui se joue naturellement en trois actes » dit encore Ricord. Débutant par le chancre, accident primordial ordinaire de la vérole acquise, quelques mois plus tard, cette singulière maladie devenue constitutionnelle fait éclore les accidents, dits secondaires, accidents des tissus superficiels. Puis à une époque plus éloignée encore de l'accident originel, rarement avant la demi-année, souvent à un terme plus reculé, parfois illimité, se montrent les accidents qui intéressent les tissus profonds. Ces accidents diffèrent tellement de ceux qui les précèdent qu'ils semblent, prétendait Hunter, constituer une autre maladie : C'est le tertiarisme.

§ 2. — *La Syphilis secondaire telle qu'on la décrit*

On a voulu délimiter chacun des actes de ce drame et l'opinion courante a donné à la période secondaire une durée moyenne de deux ou trois ans au-delà de laquelle la maladie entre dans sa période tertiaire.

§ 3. — *Qu'est-ce en réalité et en clinique ?*

Rien n'est plus simple à la vérité de préciser où commence la période secondaire de la syphilis, mais nul ne peut dire où elle finit.

« Dans la grande majorité des cas, dit Fournier (*Syphilis tardive*, p. 1), l'opinion publique qui renferme la syphilis secondaire dans un cycle de trois ans, est pleinement d'accord avec les données usuelles de l'observation clinique, mais ce qu'il n'est pas moins essentiel de spécifier, d'autre part, c'est que pour un nombre important de cas l'évolution de la syphilis déroge à la règle qui précède. Ainsi, pour préciser, la durée des manifestations secondaires n'est pas toujours contenue dans la limite des trois premières années de la maladie. Cette limite, elle peut la dépasser, l'excéder dans des proportions considérables auxquelles on est loin de s'attendre, si bien qu'à juger de son âge par la seule qualité de ses manifestations, on pourrait croire la maladie jeune encore, alors qu'elle est déjà plus qu'adulte, alors qu'elle est déjà vieillie. »

On conçoit toute l'importance de cette notion : la syphilis peut rester toujours jeune, Elle met en garde contre une erreur grave et funeste qui veut communément que toute vérole vieille de dix-huit mois à trois ans ne peut plus produire d'accidents contagieux. Grossière méprise, car qui dit accidents de la peau et des muqueuses dit souvent contagion.

C'est sur les dangers de cette contagion prolongée qu'au Congrès de Londres, le Docteur Feulard attirait

L'attention, apportant pour preuves des cas de lésions secondaires issus de syphilis remontant à 4, 6, 8, 10, 12 ans et même au-delà.

A l'aide de nombreuses fiches de syphilis dépouillées et contrôlées, l'éminent professeur Fournier a établi le bilan de la syphilis secondaire déclassée. Il est considérable. « J'ai compulsé, dit-il, 19.000 fiches relatives naturellement à des cas de syphilis, de tout ordre, de tout âge, de toute provenance. Or sur ce nombre je n'ai pas colligé moins de 1.096 cas où j'ai trouvé notés des accidents secondaires entrés en scène au-delà de la troisième année. Près de 1.100 sur 19.000 ! C'est énorme ! »

§ 4. — *Son maximum, sa décroissance.*

Partant de cette observation, le Maître est arrivé à fixer l'époque de la maladie où le maximum des lésions secondaires déclassées est atteint ; c'est dans la quatrième année. Ensuite il va en s'abaissant d'année en année sans qu'il soit possible de fixer une date même très éloignée à leur arrêt définitif.

Ainsi il trouve une observation de syphilis attardée remontant à 31 ans. Nous en devons au Docteur H. Malherbe deux exemples remontant plus haut encore puisqu'il s'agit dans un cas d'accidents parus plus de 40 ans, dans l'autre plus de 50 ans après le chancre.

Devant de pareilles dates, le doute pourrait surgir dans l'esprit du lecteur, si l'autorité scientifique des auteurs sur lesquels nous nous appuyons n'était connue,

Les lésions constatées dans ces observations, sont certes bien des lésions de syphilis secondaire de même que toutes celles qui sont relatées dans les autres faits cités.

Leur diagnostic en est facile, si l'on considère leur localisation, leurs antécédents, leur objectivité. De plus tous ces accidents sont les mêmes que ceux survenus dans les premiers mois de la maladie. Ils ont la même forme, s'étalent à la même place, ont souvent les mêmes conséquences regrettables, et si on les traite, le résultat est le même que pour les jeunes lésions secondaires. A telle enseigne, nous citerons le malade venu à la 40^{me} année de sa vérole à la clinique de notre Maître le Docteur Henri Malherbe.

Il a sur le bras des taches rouge-brun, à fleur de peau, sans desquamation, ne s'effaçant pas à la pression, jouant à s'y méprendre le psoriasis vulgaire. Traitées de maintes façons, les macules étaient restées pendant deux ans sans offrir de modification. Elles sont soumises à un traitement mixte par ingestion et, en quelques jours, notre homme voit sa peau blanchie redevenue normale n'ayant pas conservé trace d'efflorescence, tellement les lésions étaient bénignes et superficielles, comme la plupart des manifestations secondaires.

CHAPITRE II

Etiologie, Pathogénie. — Causes

§ 1. — *Mercurialisation*

Les conditions qui donnent à la syphilis secondaire déclassée cette apparence révolutionnaire nous sont en partie connues. La première et la plus importante est l'influence thérapeutique exercée par le mercure sur la syphilis.

Comme dans le monde des phénomènes physiques, il ne s'ensuit pas, parce qu'une loi en balance ou en annule une autre que celle-ci soit réculée; ainsi dans la matière qui nous occupe, seule l'apparence nous l'avons dit, est perturbatrice, la règle posée par les Maîtres restant immuable et toujours vraie.

Le mercure atténue la syphilis, et si le traitement est suivi avec assez de persévérance il semble l'éteindre et l'épuiser. Dans ce cas nul accident, même le plus bénin, ne doit apparaître dans la suite. Mais il peut se faire que la mercurialisation n'ait pas été assez intense ni assez prolongée pour atteindre la guérison complète, et n'ait fait qu'amoindrir la virulence du mal, laissant toujours

possible les plus faibles manifestations secondaires, sans aller jusqu'au tertiarisme.

Ce dernier stade reste, non pas réservé exclusivement, mais plus normal, si l'on peut dire, plus fréquent chez les syphilitiques non traités, la maladie ayant conservé toute sa force et toute sa malignité.

Les chiffres que nous empruntons au Professeur Fournier corroborent parfaitement ce que nous avançons. Sur 581 malades ayant présenté des manifestations de syphilis secondaire déclassée, 229 avaient suivi un traitement mercuriel d'une durée supérieure à deux ans ; 144 avaient suivi un traitement mercuriel de 1 à 2 ans ; 115 avaient suivi un traitement mercuriel de moins d'un an ; 92 s'étaient traités pendant quelques mois ; 1 seul n'avait suivi aucun traitement.

Ce qui veut dire, conclut le Maître : « Que la fréquence des formes secondaires tardives s'accroît parallèlement à la durée du traitement, ou ce qui revient au même proportionnellement à l'intensité de la dépuration.

Ces chiffres ne doivent cependant pas encourager à ne subir aucun traitement, car ils ne démontrent que la fréquence des accidents secondaires prolongés. Si l'on met en regard une autre statistique du même auteur relative à la fréquence du tertiarisme, on voit que sur 581 malades affectés d'accidents tertiaires de tout ordre : 46 n'ont subi aucun traitement ; 307 n'ont été traités que quelques mois ; 109 ont subi un traitement de 6 mois à 1 an ; 62 ne se sont traités que de 1 à 2 ans ; 57 enfin plus de deux ans.

Il faut en conclure que mal traité, le syphilitique risque de graves accidents tertiaires, alors que lorsqu'il se mercurialise pendant une période suffisante, il n'a plus à craindre que les manifestations bénignes et d'autant plus rares qu'il aura montré plus de persévérance.

§ 2. — *Temps, Terrain, Notions nouvelles*

Le temps lui aussi joue son rôle dans l'évolution de la syphilis. Le mal n'a pas été dépisté au début pour mille raisons ; parce qu'il y eut négligence ou ignorance, ou parce que ce fut un héritage des parents ou des ancêtres.

Mais il faut encore associer à la notion du temps celle du terrain pour expliquer l'atténuation du virus. La résistance de l'individu suffit dans bien des cas à remplacer l'action bienfaisante du mercure et explique à elle seule la persistance des accidents secondaires à longue échéance.

Enfin on sait que certains organismes ne prennent le virus qu'avec peine et que le spirochète en passant en eux n'a plus la vigueur qui lui permettait de produire les effrayantes explosions de tertiarisme dans d'autres organismes.

C'est ainsi que les expériences méthodiquement poursuivies chez le singe n'ont pu donner que des manifestations bénignes et toujours discrètes, semblables en la plupart des points à celles des syphilis déclassées.

CHAPITRE III

Expressions ou Modalités cliniques de la Syphilis déclassée

§ 1. — *Allures Générales*

Tous les types secondaires peuvent se rencontrer dans cette syphilis attardée, mais avec une fréquence différente et des allures modifiées.

Nos observations nous donnent des exemples de presque toutes les formes rencontrées dans la période secondaire normale.

§ 2. — *Formes en Général*

Nous y voyons des érythèmes variées, depuis la roséole simple jusqu'à l'érythème circiné ; des syphilides papuleuses lenticulaires, nummulaires, circinées, en nappe, etc.... ; des lésions dites psoriasis plantaire et palmaire, des syphilides ulcéreuses superficielles, etc...

Cependant toutes ces manifestations de syphilis déclassée ou attardée se reconnaissent à l'examen minutieux. Elles ont dégénéré, si l'on peut parler ainsi. Ce ne sont plus des lésions abondantes, profuses, couvrant tout le corps. Elles se montrent au contraire avec discrétion, leur apparition est timide.

De plus au lieu d'être disséminées et éparpillées elles sont circonscrites et se sont cantonnées en quelque région. Elles n'ont plus la vigueur de leur jeunesse mais se groupent se disciplinent, offrant des formes méthodiques, géométriques. Ce sont des anneaux, des cercles ou des arceaux et des arabesques. Enfin ces lésions sont avortées quant à leur étendue et leur nombre.

Et pour prouver ces différents caractères nous citons ici deux observations.

Observation I. — Inédite (due à l'obligeance de M. H.

MALHERBE). — *Modalité secondaire tardive.*

Le 26 mai 1906, nous sommes consulté par un jeune homme de 33 ans qui vient nous montrer des éruptions localisées aux bras et aux avant-bras. Ces éruptions sont constituées par des papules sèches, rosées, groupées en corymbes ou en bouquets ou formant des figures nettement circinées. Elles ne sont ni prurigineuses, ni douloureuses. Ces lésions existent depuis 5 à 6 mois et sont rattachées par le malade à une gale qui a existé il y a trois ans. En réalité, ce sont des syphilides secondaires du plus beau type. Ce sujet a eu un chancre du sillon balano-préputial il y a dix ans. Cet accident, soigné au régiment, par des moyens locaux, n'a été suivi par aucune lésion cutanée ou muqueuse remarquée par notre client. Aussi son étonnement fut-il grand en connaissant notre diagnostic.

Soumises au traitement spécifique, ces éruptions rétrocédèrent normalement.

Malgré un traitement régulier, ces lésions récidivèrent deux

fois, en 1908 et 1909, toujours avec la même modalité éruptive, mais à chaque fois de plus atténuée.

Observation II. — Inédite (due à l'obligeance de M. H. MALHERBE). — *Syphilides papulo-érosives circonées de la mal-léole interne du pied droit durant depuis deux ans.*

M. X..., 29 ans, vient vers la fin de 1910 nous montrer son pied, atteint d'un soi-disant eczéma qui dure depuis l'année 1908. La lésion semble se guérir, parfois sous l'action des médicaments employés, parfois spontanément ; mais bientôt elle renaît « de ses cendres », pour ainsi dire (expression du malade), s'étendant plus largement à chaque retour offensif.

Nous diagnostiquons : syphilide papulo-érosive. Le chancre a existé il y a 9 ans dans le sillon balano-préputial. Les accidents secondaires ont été bénins, le traitement a duré trois ans par des pilules. Nous proposons de faire des injections mercurielles qui sont refusées. Un traitement mixte administré sous forme de potion guérit en cinq ou six semaines la lésion. Au bout de trois mois nouvelle récurrence, toujours sous la même apparence. Cette fois les injections acceptées amènent la guérison, qui s'est maintenue depuis.

Le caractère le plus typiques des lésions notées dans ces deux observations est peut-être leur faculté de récurrence.

C'est, en effet, un dernier point à souligner dans la description de ces syphilides à lésions presque bâtarde. Elles récidivent avec une fréquence et une facilité remarquables. Voici un exemple dû au Professeur Fournier (*Syphilis tardive*, p. 33).

« J'ai eu deux de mes clientes, dit-il, littéralement poursuivies, persécutées pendant plusieurs années par d'incessantes.

récidives (jusqu'à 11 en 5 ans) de cette singulière syphilide. Voici l'histoire de l'une d'elles, qui, jeune et jolie femme, a conçu un véritable chagrin d'une telle disgrâce et tomba même un moment, sans autre cause, dans un état de nervosité hypochondriaque qui fit craindre un instant pour sa raison.

« Syphilis en 1873. Divers accidents secondaires et notamment trois poussées de syphilide papuleuse péribuccale, à papules lenticulaires, multiples, criblant tantôt l'une et tantôt l'autre lèvre. Traitement spécifique, absence de tout accident pour cinq ou six ans. Puis, à partir de 1879, et cela jusqu'en 1883, c'est-à-dire pendant cinq ans, série nombreuse de réapparitions de la même syphilide sur la même région, tantôt sur une lèvre, tantôt sur l'autre, quelquefois l'une et l'autre, et toujours avec les mêmes caractères de papules secondaires, plates, superficielles, sans infiltration bien manifeste, rosées ou rougeâtres, très légèrement squameuses. Toujours le traitement faisait justice de ces poussées en quelques semaines, et toujours, au grand désespoir de la malade, l'affection réapparaissait à brève échéance dès que le traitement était suspendu. Il y eut très exactement, en cinq ans, *onze* de ces poussées bien distinctes, nettement séparées les unes des autres, savoir :

« Quatre en 1879 (janvier, mars, juin et octobre).

« Deux en 1880 (mars et novembre, la dernière avec syphilide linguale).

« Deux en 1881 (mars et avril, accompagnées de syphilides linguales).

« Une en 1882 (octobre).

« Deux en 1883 (février et mai). »

Nous avons dit au commencement de ce chapitre que

toutes les lésions secondaires pouvaient se rencontrer dans la syphilis attardée.

Or, précisons et examinons d'abord les éruptions cutanées spécifiques qui se présentent avec les caractères, les allures, la physionomie générale des syphilides secondaires.

I. — PEAU

A. — *Lésions psoriasiformes.* — 1^o *Diffuses*

Les lésions psoriasiques y sont nombreuses, et telles qu'on les rencontre aux premiers mois de la maladie, en anneaux papuleux rosés, finement squamelleux et cuivrés, mais toujours plus discrets. Les deux observations suivantes publiées dans le « *Journal des Maladies cutanées et syphilitiques* » nous montrent clairement ces lésions psoriasiformes.

Observation III.— *Eruptions psoriasiformes diffuses de la peau.*

Type secondaire. — 40 ans après le chancre.

Un vieillard de 70 ans, négociant en étoffes, vient nous consulter pour des lésions cutanées apparues depuis 2 ans environ. Elles sont discrètes et occupent le sixième espace intercostal gauche et l'éminence thénar du côté droit. Elles sont le siège d'un prurit modéré, mais inquiétant le malade par leur ténacité. Le nombre de traitements qu'il a essayé pour s'en défaire est inouï. Les éléments primitifs de l'éruption

sont des taches d'un rouge brun, à fleur de peau, sans desquamation, ne s'effaçant pas par la pression. Il s'agit d'une éruption syphilitique indéniable, de ces lésions syphilitiques qui n'ont pas d'âge, elles tiennent à la période secondaire par leurs allures et sont quant à leur date d'apparition de la période tertiaire. En somme, dans son ensemble, la dermatose rappelle assez le psoriasis, diagnostic qui a été d'ailleurs porté maintes fois dans le cas présent. Le traitement spécifique fait justice en quelques semaines de ces éruptions et le malade nous raconte l'histoire suivante. Habitant Paris, dans sa jeunesse, il fréquentait une maison de tolérance. Il eut alors une sorte d'écorchure à la verge qui fut indolore et passagère et qu'il guérit facilement avec des drogues conseillées par la tenancière dudit lieu. Depuis il jouit d'une santé parfaite, et n'observa jamais aucun incident. Marié, il eut des enfants sains, qui aujourd'hui devenus hommes et femmes, sont mariés à leur tour. Il faut donc supposer que vers le moment précité cet homme pris la syphilis, syphilis bénigne qui resta sans traitement et sans accident pendant presque toute la vie du sujet pour se révéler beaucoup plus tard, quarante ans après environ, par un seul et unique symptôme. (Due au Docteur H. MALHERBE).

Observation IV. — *Eruptions psoriasiformes prédominant sur un membre blessé et atrophié* (Type secondaire, 30 ans ou 40 ans après le chancre).

Un officier de soixante et quelques années, nous est amené un jour par un confrère pour une éruption bizarre, sans caractères nettement définis et qui siègent sur l'avant-bras

gauche. Ce membre est atrophié par suite d'une grave blessure reçue en 1870 sur le champ de bataille.

L'éruption est formée d'éléments à peine papuleux, d'un rouge bistre, desquamant fort peu et groupés en bouquets, ne causant aucun prurit. Elle gêne seulement par sa présence. Nous diagnostiquons syphilis, au grand ébahissement du malade qui nous affirme « n'avoir jamais rien eu ». « Bien mieux, ajoute-t-il, pendant mes études, au Quartier latin, ma chance était proverbiale parmi mes camarades, maintes fois je couchai avec des femmes sûrement syphilitiques, sans rien attraper. » Or comme il n'y a qu'un moyen de braver la syphilis, c'est de l'avoir, il est très vraisemblable qu'au temps de ses belles prouesses notre homme devait être en puissance d'une syphilis bénigne qui, grâce à la vigueur de la jeunesse, gardait le silence.

Soumise au traitement spécifique, cette éruption disparut en quelques semaines.

2° *Psoriasis palmaire et plantaire*

Le type le plus important et le plus connu, que Ricord a appelé « la signature de la vérole dans la main ou sous le pied du malade » est celui que l'on désigne sous le nom défectueux de Psoriasis palmaire et plantaire.

Trois observations inédites nous le représentent parfaitement dans le plus grand nombre de ses détails.

Observation V (Due à l'obligeance du Docteur H. MALHERBE).

— *Psoriasis palmaire, type lésions papuleuses superficielles de la paume de la main gauche. Arabesques suintantes dans les 3^e et 4^e espaces interdigitaux. Lésions secondaires dans une syphilis vieille de 10 ans.*

K..., ouvrier travaillant dans les cartonnages, dorures, etc..., vient nous montrer sa main gauche, en 1909, pour un soi-disant eczéma incurable datant de deux ans. Le malade attribue sa maladie à l'emploi de substances utilisées dans son métier. C'est un homme de 40 ans environ, gros et fort, légèrement alcoolique.

Il a toujours joui d'une bonne santé. Marié depuis longtemps, il a un garçon de 8 ans bien portant.

La lésion en cause est en réalité un superbe psoriasis palmaire, occupant toute la paume de la main. Il est formé de macules rouges brunâtres, légèrement desquamantes en écailles blanches et fines ; lésions toujours sèches et groupées en arceaux réguliers.

Dans les 3^e et 4^e espaces interdigitaux, ces manifestations s'étalent en larges arabesques. A ce niveau, la peau privée de son épiderme corné est rosée et suintante. Traité par des piqûres de sublimé, une pommade au calomel et de l'iodure de potassium, cet accident disparut en quatre semaines.

Deux mois après, il y eut récurrence.

L'âge de cette syphilis est reculé. Elle daterait d'avant le séjour au régiment.

Observation VI (Due au Docteur H. MALHERBE). *Psoriasis palmaire*. Type secondaire, syphilis vieille de 25 ans et monosymptomatique.

Une femme du monde, âgée de 50 ans environ, vint nous demander conseil il y a trois ou quatre ans pour une éruption bizarre de la paume de la main. Ayant toujours eu une bonne santé, cette dame est un peu rhumatisante et l'éruption a été rattachée à cette cause. Voici un an et demi qu'elle existe, marchant parfois rapidement vers l'amélioration et renaissant ensuite sans cause appréciable. Pas de phénomènes subjectifs, un peu de gêne par suite de la raideur de la peau : c'est tout ce que la malade éprouve. La lésion affecte la main droite.

Elle est constituée par une large et unique arabesque d'un demi centimètre de diamètre, et occupant les deux tiers de la paume. A son niveau, la peau est desquamée en larges écailles superficielles blanchâtres, épaisses, qui se soulèvent en masse. Au dessous le derme rosé, sec, à peine infiltré. Le diagnostic s'imposait. Une enquête discrète nous apprend que, sauf la misère actuelle, notre malade n'a jamais rien eu à la peau. Mariée depuis 25 ans, elle est mère de deux enfants vivants dont la naissance fut précédée de plusieurs fausses-couches.

Observation VII. — *Psoriasis palmaire discret*, 4 ans après le chancre chez un malade bien traité.

En 1902, un jeune homme de 25 à 26 ans vient nous montrer une érosion du sillon balano-préputial interprété différemment par deux de nos confrères. A ce moment, ni le Wassermann,

ni la recherche du spirochète ne pouvait venir à notre secours. Le cas était douteux. Nous conseillons d'attendre. Quatre semaines plus tard, ce jeune malade vient nous montrer une roséole diffuse à larges éléments maculeux. Devant ces faits, nous recommandons de suivre le traitement par la méthode des injections mercurielles. Puis le malade est perdu de vue.

Quatre ans plus tard, en 1906, il revient nous consulter pour des éruptions tenaces logées dans les paumes des deux mains. Il y a à ce niveau, quatre à cinq éléments orbiculaires, grands comme des pains à cacheter, desquamants, rougeâtres et du plus vilain effet. Un traitement à Luchon en a raison.

L'année suivante, en 1907, récidive à la suite d'excès : nouvelle cure aux eaux, et cette fois, guérison définitive.

A noter que notre patient avait fait au début de sa syphilis un traitement de trois années de piqûres de sublimé à 1 centigramme 1/2 par injection, cures de 8 à 10 piqûres par série (Due au Docteur Henri MALHERBE).

Les trois dates d'apparition du pseudo psoriasis palmaire : 10 ans, 25 ans, 3 ans après l'accident primitif montrent éloquemment, dans ces trois observations, l'un de ses principaux caractères : l'indiscipline.

« C'est, a-t-on dit, un indépendant sans échéance fixe dans le calendrier de la vérole, s'observant indifféremment aux termes les plus opposés du cycle morbide et susceptible de frayer tout aussi bien avec les accidents d'une période avancée qu'avec ceux d'une période moyenne ou tout à fait jeune de la maladie. »

C'est le type le plus commun de toutes les syphilides de modalité secondaire que l'on rencontre dans la période tertiaire.

Fournier, sur 879 cas de syphilis attardée, le voit figurer plus de 400 fois. C'est aussi, avons-nous, dit le type le plus indépendant. Il n'a pas de date fixe d'apparition. Cependant l'on peut remarquer qu'il devient de moins en moins fréquent à mesure que l'on s'éloigne du début de la période tertiaire.

Empruntons encore à Fournier une de ses statistiques portant sur 346 cas de syphilides palmaires. On y voit :

Au cours de la 4^e année 74 cas

—	5 ^e	—	55	—
—	6 ^e	—	37	—
—	7 ^e	—	31	—
—	8 ^e	—	28	—
—	9 ^e	—	15	—
—	10 ^e	—	21	—
—	11 ^e	—	14	—
—	12 ^e	—	13	—
—	13 ^e	—	7	—
—	14 ^e	—	7	—
—	15 ^e	—	6	—
—	16 ^e	—	11	—
—	17 ^e	—	4	—
—	18 ^e	—	4	—
—	19 ^e	—	2	—
—	20 ^e	—	3	—
—	21 ^e	—	1	—
—	22 ^e	—	5	—
—	23 ^e	—	1	—

Au cours de la 24^e année 2 cas

—	27 ^e	—	1	—
—	28 ^e	—	1	—
—	31 ^e	—	1	—
—	33 ^e	—	1	—
—	42 ^e	—	1	—

Mais le caractère le plus curieux et le plus inattendu de ce genre de lésions, c'est la possibilité de son apparition à des dates aussi reculées : 42 ans, 33, 31 ans d'après la statistique précitée, 3 ans, 10 ans, 25 ans après le chancre dans nos observations personnelles.

Et pour se borner à ces dernières il est impossible qu'on n'y reconnaisse pas de purs accidents secondaires.

Ce n'est plus la lésion tertiaire de même type avec son infiltration dermique profonde qui donne à la peau une consistance dure et coriace, rénitente comme du parchemin, la fait s'écailler en squames épaisses, la semant de fissures qui dégénèrent en raghades ulcéreuses au niveau des plis de flexion palmaires ou digitaux.

Les exemples cités nous montrent des syphilides en arcs de cercle absolument planes, sans relief, sans infiltration, sans dureté, roses d'aspect, légèrement squameuses et telles absolument qu'elles auraient pu paraître dans les premiers mois de la maladie.

On ne peut douter de leur spécificité. Leur modalité circinée ou arciforme, la réaction exercée sur ces éruptions par le mercure, leur récurrence dès qu'elles ne sont plus contenues par le traitement suffit pour les trancher.

De plus on trouve souvent dans de tels cas et coïncidant avec elles, d'autres lésions syphilitiques véritablement tertiaires : des syphilides tuberculeuses, des gommès, des sarcocèles, du tabès, de la syphilis cérébrale, de la paralysie générale, etc. Elles confirment alors nettement le diagnostic.

Cependant les lésions palmaires et plantaires de syphilis attardées ont des caractères spéciaux qui les distinguent des mêmes lésions parues dès le début de la maladie.

Elles sont bien plus souvent localisées à la face palmaire qu'à la face plantaire et toujours très exactement circonscrites sans déborder la paume de la main ou la plante du pied.

A la main c'est aux plis de flexion des doigts qu'on les rencontre particulièrement. Quelquefois, comme dans la période secondaire de la syphilis jeune, il y a coïncidence entre les lésions de la main et celles du pied.

Au pied les syphilides atteignent surtout les plis de flexion des orteils et quelquefois exclusivement le talon. Elles se présentent sous trois formes principales : la forme lenticulaire, la forme en nappe et la forme circinée.

La forme lenticulaire est constituée par des petites papules arrondies et rénittentes. La forme en nappe s'étale sur de larges surfaces et dessine des plaques irrégulières sèches, âpres au toucher, légèrement squameuses et parsemées de fines stries blanchâtres. Enfin la forme circinée se montre avec des papules indépendantes distribuées en demi-cercles ou en croissants ; ou bien les papules se rejoignent et se fondent en un ruban continu

décrivant un tiers ou une moitié de circonférence. Cette dernière forme est la plus commune dans la syphilis secondaire attardée, tandis que la forme lenticulaire se voit dans les véroles très jeunes.

Ces manifestations sont comme presque toutes celles de la syphilis secondaire attardée, frustes, à peine ébauchées, avortées, démontrant que le virus n'a plus sa vigueur des premières années.

Elles semblent enfin « cristallisées sur place », selon le mot de Fournier ; elles n'ont aucune tendance à disparaître si l'on n'institue un traitement ; elles restent tenaces et stables des mois et des années, passant inaperçues des malades qui n'en souffrent pas, jusqu'au jour où le mercure vient à en avoir raison.

B. — *Lésions papuleuses*

Moins communes que les lésions palmaires et plantaires, les syphilides papuleuses entrent cependant pour une grande part dans les manifestations de la syphilis attardée.

Le type le plus commun est le type papulo-squameux, orbiculaire. Il est constitué par une série de petites élevures pleines, formant plateau, orbiculaires de contour, et le plus souvent orbiculaire avec une correction parfaite à surface sèche et squameuse, d'un diamètre variable entre celui d'une lentille et celui d'une pièce de vingt centimes, quelquefois plus grand, à fond rouge ou légèrement violacé. Ces papules peuvent affecter toute une région du corps. En voici un exemple :

Observation VIII. — *Réveil de syphilis à l'occasion de l'évolution d'un cancer du sein.* Modalité éruptive. Papules sèches du type secondaire en bouquets et affectant une distribution zoniforme. Syphilis de 50 ans d'âge.

Vers le milieu de l'année 1907, nous sommes appelé à donner nos soins à une femme de 65 ans. Vieille demi-mondaine de haute marque, son existence entière fut agitée et mouvementée. Actuellement, elle est atteinte d'un horrible et vaste cancer du sein droit largement induré et inopérable. Pendant que nous la traitions, ou mieux, essayions de diminuer ses souffrances, nous vîmes se développer du côté gauche une éruption débutant sur le front, s'étendant sur le moignon de l'épaule, gagnant le bras jusqu'à la moitié de l'avant-bras et descendant sur le thorax en suivant les rigoles intercostales jusqu'à la ceinture. Les éléments primaires sont nettement papuleux, groupés en bouquets de 8 à 10 de couleur rouge, quelques-uns violets. Notre premier diagnostic fut zona, mais, contrairement aux allures bruyantes de cette dernière affection notre malade n'éprouvait ni douleurs, ni brûlures, ni fièvre. Puis, au lieu d'aboutir à la vésiculation, ces éléments éruptifs restent les jours suivants nettement durs et papuleux. Intrigués par cette évolution, et étant donné la situation et les antécédents de notre cliente, nous songeons à la syphilis. Interrogée dans ce sens, voici ce qu'elle nous apprit : Déflorée à 15 ans, six mois après, elle prend la vérole. Entrée bientôt après dans le monde de la fête et menant grande vie, elle se soigne irrégulièrement, mais, ajouta-t-elle, depuis l'âge de 20 ans, elle n'avait jamais plus vu d'accidents ni entendu parler de sa syphilis.

Quelques frictions mercurielles firent justice de ces lésions curieuses par leur modalité éruptive si jeune pour une syphilis si vieille : 50 ans (Due au Docteur Henri MALHERBE).

Nous voyons donc, sur une syphilis vieille de 50 ans, avérée et jadis traitée, des accidents très jeunes de physiologie, exactement semblables à ceux d'une syphilis de quelques mois. Les papules, au lieu d'être simplement squameuses, peuvent se recouvrir d'une mince croûte brunâtre disposés en anneaux ou en arceaux.

On rencontre surtout cette forme dans le cuir chevelu. Nous en avons une observation que nous citons ici.

Observation IX. — *Eruption circinée papulo-croûteuse du cuir chevelu, 10^e année de la maladie.*

Il y a plusieurs années, un homme de 50 ans, maçon, alcoolique invétéré, vient nous trouver à notre consultation gratuite pour une éruption du cuir chevelu, gênante. L'homme a une calvitie au début, on voit donc facilement sur son vertex, légèrement dégabré, un vaste cercle ayant quatre à cinq centimètres de diamètre et formé par de grosses papules confluentes, coiffées d'un croûte jaunâtre. Le diagnostic fut : syphilis. Interrogé dans ce sens, cet homme nous dit que sa maladie remontait à 10 ans, que bien soignée au début, elle avait été ensuite négligée, n'ayant pour ainsi dire jamais donné d'accident après les premiers mois (Due au Docteur Henri MALHERBE).

Ces syphilides, discrètes par excellence, ont un autre caractère typique : elles sont récidivantes plus que toute

autre. On les rencontre surtout de la quatrième à la douzième année de la vérole, mais elles peuvent se trouver beaucoup plus tard, et Fournier en donne un cas datant de 23 ans, dont voici le résumé :

Homme de 42 ans. Syphilis en 1874. Chancre induré de la verge avec adénopathie bi-inguinale. Quelques accidents secondaires, notamment plaques muqueuses linguales et amygdaliennes. Traitement mercuriel pendant deux ans.

En 1878, gomme de la cuisse. Nouveau traitement.

En 1897 (23^e année de l'infection syphilitide du cuir chevelu, circonscrite à la région fronto-temporale gauche. Cette syphilide est constituée par une série d'éléments papulo-croûteux, presque tous de type circiné ou annulaire). Un très bel anneau formant une circonférence presque complète se voit sur la lisière du cuir chevelu. Il est constitué par une série de petites papules agminées à la file comme les perles d'un collier, la plupart recouvertes de croûtelles brunâtres. Le type de l'éruption est nettement secondaire. (Fournier, *Syphilis tardive*, page 72).

Si ces lésions papuleuses restaient toujours sèches et de ce fait inoffensives, elles n'auraient qu'un intérêt de curiosité clinique. Mais on rencontre assez fréquemment des lésions papulo-érosives et suintantes qui deviennent dès lors contagieuses. Ce sont de simples érosions dermiques très superficielles, bien circonscrites, petites de la grosseur d'un haricot, arrondies ou allongées dans le sens d'un sillon de la peau, surélevées en plateau ou plus souvent sans aucun relief. Ces lésions sont indolentes, aprurigi-

neuses, et par conséquent toujours négligées. Elles affectent surtout les organes génitaux. En voici un cas :

Observation X. — *Syphilides papulo-érosives des bourses à la 38^e année de sa syphilis.*

Un homme de 53 ans, grand fêtard et grand buveur, syphilitique de vieille date (1870), ayant une langue lisse et leucoplasique des plus caractéristiques, se fait soigner par nous en 1906 pour un ulcère syphilitique, phagedénique d'allure, occupant le sillon balano-préputial. En 1908, ce même malade nous présente sur les bourses des lésions papuleuses, orbiculaires, érosives du plus beau type secondaire, et cela à la 38^e année de sa maladie et après avoir subi des manifestations tertiaires graves (Communiquée par le Docteur Henri MALHERBE).

Ces syphilides papuleuses ont les mêmes caractères généraux que les types déjà étudiés. Elles sont discrètes, avons-nous dit, récidivent avec une ténacité déconcertante, ont presque toujours, surtout aux bourses, la forme circinée et apparaissent après 10, 20, 50 ans de maladie.

3^o Roséoles

Comme les lésions papuleuses, les syphilides de modalité roséolique ne sont pas rares au-delà de la période secondaire.

A la vérité, ce n'est plus l'exanthème disséminé, presque généralisé, affectant surtout le thorax et l'abdomen,

composé de taches lenticulaires rosées, semées sans méthode que l'on rencontre dans la syphilis attardée ; mais bien une roséole disciplinée, affectant deux types spéciaux que nous devons décrire ici : la roséole de retour et la roséole circonnée.

Dans le premier type, la roséole de retour, on se trouve en présence d'une éruption circonscrite régionale se bornant à quelques foyers, ou même à un seul (l'abdomen, le thorax, un segment de membre), et particulièrement discrète se réduisant à 20, 30, 50 taches au plus. Les taches sont larges comme une pièce de deux ou de cinq francs ; elles sont pâles, presque effacées, visibles seulement à jour frisé et après un examen attentif.

Le second type, celui des roséoles circonnées est plus commun. Il est constitué par des taches rosées, plates ou légèrement saillantes, figurant des circonférences, teintées d'érythème et à centre sain. Elles se groupent en arceaux, en anneaux, en ellipses, et surtout en ovales à contours brisés par des espaces de peau intacte.

Cette forme cède facilement au traitement mercuriel, mais récidive avec une singulière facilité.

Comme toutes les manifestations de cette sorte, elle est fruste, s'abaissant à quelques éléments, a un seul parfois. Nous citons ici quelques exemples du Professeur Fournier :

I. — Syphilis de quatre ans. Grand anneau érythémateux sur une fesse en coïncidence avec syphilis palmaire et syphilis linguale.

II. — Syphilis de quatre ans. Une seule tache roséolique circonnée siégeant sur le thorax.

III. — Syphilis de quatre ans. Une seule tache rosée circonscrite à la cuisse.

IV. — Syphilis de quatre ans. Un anneau érythémateux parfaitement circulaire, siégeant sur la face dorsale du pied. Plaques muqueuses buccales.

V. — Syphilis de quatre ans. Une tache annulaire sur le dos du poignet.

VI. — Syphilis de six ans. Un cercle incomplet de syphilide érythémateuse affectant l'avant-bras.

VII. — Syphilis datant de 7 ans. Une tache érythémateuse, régulièrement annulaire, siégeant sur un doigt.

VIII. — Syphilis datant de huit ans. Un cercle érythémateux, simplement érythémateux, siégeant à la face plantaire d'un pied (Fournier, *Syphilis tardive*, p. 52).

Nous reproduisons trois observations inédites qui confirment parfaitement les descriptions précédentes.

Observation XI. — *Syphilis à modalités secondaires diverses*

Un homme de 25 ans, bien portant et bien constitué, nous montre, le 28 novembre 1904, un chancre nain du sillon. Syphilis discrète comme accidents. Traitement régulier. En janvier 1905, lésion ulcéreuse, d'ordre tertiaire, sur le voile du palais. Le malade étant grand fumeur, l'année suivante apparaît une leucoplasie buccale qui existe toujours.

En 1910, à la 10^e année de sa maladie, érythème circiné tertiaire sur l'avant-bras droit faisant un grand cercle, puis grandes taches roséoliques sur divers points du corps:

Observation XII. — *Syphilides circinées de retour, roséoliques,*
2 ans 1/2 après le chancre.

M^{me} X..., 30 ans, maîtresse du précédent, mariée et atteinte de métrite, est contagionnée par son amant vers le 2^e mois de sa maladie. Elle se soigne régulièrement et a une syphilis bénigne. Accidents pendant les cinq premiers mois, puis plus rien. En 1906, 2 ans et demi après le début de la maladie, cette femme vient nous consulter pour de larges éléments de roséole maculeuse circinée apparus sur les bras et les jambes.

Observation XIII. — *Syphilis grave.* Anémie tuberculose, lésions maculeuses roséoliques à deux reprises : 3^e et 4^e année de la maladie.

M. P..., 52 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé et paraissant vigoureux, prend la syphilis dans le courant de l'année 1907.

Dès le début, accidents multiples. Traitement énergique. Guérison. Puis le malade se néglige. En 1909, explosion de tuberculose ganglionnaire grave. Traitement énergique prolongé. Séjour à la mer. Malgré ces soins, nous voyons en 1910 et 1911 le malade présenter des éruptions de syphilis. Grandes macules rougeâtres, assez discrètes, superficielles, sur les bras et sur les jambes.

Aux deux poussées éruptives, des frictions mercurielles débarrassèrent vite le malade.

(Communiquées par le Dr H. MALHERBE).

Toutes les roséoles dont nous venons de parler récidivent, mais il en est une dont c'est le caractère principal et qu'il faut pour cela décrire à part. On l'a nommée : Roséole récidivante.

Chez les malades affectés de cette forme de roséole, les récidives ont débuté le plus souvent dès le commencement de la période secondaire et immédiatement sont devenues inquiétantes. Un traitement persévérant semble en avoir eu raison lorsqu'après quatre ou cinq ans, elle réapparaît, tenace, obsédante, 2, 4, 6, 8, 10, 11 fois (dans une observation donnée par Fournier (in *Syphilis tardive*).

Cette roséole semble l'apanage des sujets qui se sont traités sérieusement. Comme les autres roséoles tardives, elle est atténuée en ce qui concerne son étendue, le nombre de ses éléments, son intensité d'éruption. Elle se résout assez facilement sous l'influence du mercure, et devrait être considérée comme bénigne, si l'on ne se trouvait devant des malades découragés, impatientés, désespérés par sa ténacité à récidiver.

4^o Erythème dit tertiaire

Souvent à une époque tardive de la syphilis, le diagnostic hésite entre l'apparition d'une roséole de retour et celle que Fournier a appelé l'*érythème tertiaire*.

En y regardant de près on voit sur la peau du syphilitique que cet érythème est formé d'anneaux, d'arcs de cercles, d'arceaux conjugués. La bande éruptive est à peine saillante, il n'y a en dessous qu'une infiltration

minime du derme et qu'une desquamation insignifiante. C'est cette lésion que l'on nomme érythème circiné tertiaire.

Bien connue du syphiligraphe et du dermatologiste, cette modalité éruptive de la syphilis peut échapper à un observateur non prévenu ou ne pas être rapportée à sa véritable cause. En outre, lorsqu'on voit ce type éruptif pour la première fois avec ses allures d'accident secondaire et qu'on entend dire au malade qu'il a eu la vérole il y a quinze ou vingt ans, il surgit dans l'esprit un trouble qui tend de prime abord à faire rejeter la filiation des faits.

Cet accident, en effet, se réclame des accidents secondaires par sa superficialité, sa tendance résolutive. Il se rapproche au contraire du tertiarisme par son apparition tardive, sa ténacité, sa limitation, sa configuration souvent géométrique.

Pendant bien longtemps méconnu cet érythème tertiaire a été pour la première fois, distingué et décrit par le Professeur Fournier en 1889. Depuis, ces éruptions ont été étudiées à diverses reprises et particulièrement dans la thèse de Brauman (Paris, 1891).

Voici comment se présente cet érythème : il est formé de taches rosées, sans saillie, sans infiltration dermique et sans desquamation notable. Si l'éruption est ancienne, la tache rosée s'atténue et devient jaunâtre. Ce fait se produit surtout au moment de la rétrocession de l'éruption. La peau devient alors comme plissée et chagrinée. La largeur des taches varie. Elle a les dimensions d'une

pièce de un à cinq francs, il y en a qui mesurent 12 à 15 centimètres de diamètre. Plus leur apparition est tardive, plus leurs dimensions sont grandes. Toujours ces taches ont une disposition géométrique. Elles se dessinent sur le type cerclé, rappelant la circination caractéristique du tertiariisme. On voit alors sur la peau des disques orbiculaires ou ovalaires, des anneaux ou de longs rubans sarciformes.

Habituellement, sur ces éléments éruptifs, on voit au centre de la lésion la peau saine, tandis que la périphérie s'accuse au contraire par sa teinte rose plus ou moins vive.

En général peu de desquamation, quelquefois cependant dans les endroits nettement roses et en regardant de près nous avons noté un épiderme un peu frisé et desquamant légèrement.

Ordinairement il y a trois à six éléments éruptifs de grandeur différente. L'éruption est donc discrète.

Toujours elle se localise et se circonscrit dans une région du corps. Le tronc, au niveau des flancs, est son siège préféré.

Nous l'avons observé à la face et sur la nuque.

Jamais l'érythème tertiaire ne s'accompagne de troubles fonctionnels ou subjectifs, pas de prurit, pas de douleur. La durée est longue, elle se chiffre par mois. Les éléments éruptifs une fois constitués ne bougent plus, et restent tels qu'ils sont nés, tout le temps de l'éruption. Celle-ci disparaît sans laisser de traces par décoloration progressive des éléments.

Son pronostic est bénin, car c'est une lésion très superficielle. Elle montre seulement que la diathèse est en éveil. C'est la manifestation atténuée d'une syphilis usée par le temps et par le traitement.

En un mot l'érythème tertiaire est un accident déclassé de la syphilis ; secondaire par ses allures, il appartient à l'époque tertiaire par sa date d'apparition et coïncide parfois avec des lésions nettement tertiaires, gommes, tubercules, etc. Il est à rapprocher du psoriasis palmaire et plantaire, et de la glossite dépapillante qui ont dans leur allure un caractère d'accident secondaire et qui se manifestent le plus souvent à une époque tardive de la syphilis, ce qui a fait dire de ces lésions qu'elles n'ont pas d'âge.

Les cas observés sont tous survenus à l'âge adulte, entre 16 et 40 ans. Quelques-uns ont été signalés au-delà de 40 ans, rarement de 60 ans. L'érythème tertiaire se produit à une époque tardive et le plus souvent chez des sujets qui ont été traités. Nous ignorons si on l'a jamais signalé au cours de la syphilis héréditaire.

Cette lésion se rencontre souvent dans la pratique, mais il faut la connaître et la chercher, autrement elle passe inaperçue et n'est pas rattachée à sa véritable cause.

On peut la confondre avec d'autres éruptions. L'érythème polymorphe dans ses variétés annulaires et circinées peut être confondu avec l'érythème tertiaire, mais sa teinte plus rouge, sa forte saillie, sa localisation du début à la face dorsale des mains et des pieds, son évolution rapide l'en distinguent.

Les plaques de lèpre maculeuse lorsque le centre guérit ressemblent à l'érythème tertiaire, mais l'hyperesthésie au niveau de l'érythème et l'anesthésie du centre empêcheront facilement toute confusion.

Le pityriasis rosé de Gibert quand il est circiné, peut faire songer à l'érythème tertiaire, mais l'envahissement du corps de haut en bas, l'évolution en six semaines et la guérison spontanée permettent de dissiper rapidement tous les doutes quand il s'agit de pytiriasis.

La tricophytie cutanée peut simuler la roséole circinée tertiaire. Toutefois, avec la tricophytie, le bourrelet limitant est plus saillant et plus desquamant.

Le pityriasis versicolor sera facilement distingué à sa couleur jaune et au signe du coup d'ongle enlevant un copeau.

Il ne pourrait d'ailleurs y avoir confusion que lorsque cette dermatophytie prend une disposition annulaire et que des phénomènes d'irritation survenant, une coloration rose apparaît.

L'eczéma séborrhéique se différencie nettement de l'érythème tertiaire par ses localisations particulières (cuir chevelu, région sternale et interscapulaire, sillon nasogénien) par sa couleur non pas rose, mais rouge sombre, par son aspect émaillé de points farineux, par son contour haché de croûtelles et finement incisé.

L'érythème tertiaire est-il contagieux ? Répondre d'une façon absolue à cette question est difficile. En lui-même, il ne paraît pas dangereux et un sujet indemne de syphilis peut pendant longtemps avoir des relations avec un indi-

vidu porteur d'érythème tertiaire sans se contagionner ; nous en connaissons des exemples. En sera-t-il de même au point de vue héréditaire, autrement dit un homme ou une femme ayant un érythème tertiaire engendreront-ils un enfant sain ou un hérédo-syphilitique ? On ne saurait le dire et il y a lieu de faire ici toutes les restrictions, car si l'érythème tertiaire est une manifestation très atténuée de la syphilis, elle indique cependant que la diathèse est encore en activité.

Le traitement doit être énergique. L'érythème tertiaire est tenace et demande que l'on fasse appel à l'effort associé du mercure et de l'iode. C'est un cas, croyons-nous, où la méthode des injections sous-cutanées paraît indiquée. Il est bon également d'agir localement et d'appliquer sur les taches de l'emplâtre de Vigo jusqu'à légère irritation et desquamation. Ce traitement doit être prolongé, car les récidives sont fréquentes.

Observation XIV. — *Erythème circiné* chez un homme, père d'enfants hérédosyphilitiques.

Le 5 juillet 1898, on amène à la clinique du Docteur Henri Malherbe un enfant de 10 ans pour une lésion circinée croûteuse et papuleuse du menton, et pour une sorte de glossite dépapillante légèrement ulcéreuse et de configuration circinée. Ces diverses lésions guérissent facilement sous l'influence d'un traitement quelconque, parfois spontanément, mais elles récidivent presque aussitôt. Elles sont douloureuses. Depuis deux mois, elles viennent de se reproduire pour la 3^e fois. En exa-

minant l'enfant complètement, on est frappé de son défaut de développement physique. Il a dix ans, il en porte six. C'est un infantile, son crâne est dolycocéphale, ses bosses frontales énormes, la voûte palatine est ogivale, les dents franchement hutchisonniennes. Dans sa petite enfance il a eu des ulcérations à la verge et aux fesses. Il toussé et présente un sommet pulmonaire gauche un peu suspect. Nous diagnostiquons : syphilis héréditaire avec lésions de syphilis en activité et troubles trophiques. Interrogeant alors les antécédents de famille, on nous dit que la mère est bien portante, mais qu'avant de mettre cet enfant au monde, elle a fait une fausse-couche. Le père, lui, est un solide gaillard qui n'a jamais été malade ; toutefois, il porte sur la peau de la cuisse droite un bobo non douloureux et non gênant qui persiste depuis huit ans et qui ne veut pas guérir. Nous demandons à examiner cet homme. Nous constatons, en effet, qu'il s'agit d'un sujet très vigoureux, âgé d'une quarantaine d'années et exerçant le dur métier de manœuvre. Pressé de questions, cet homme ne peut nous dire s'il a eu jadis la syphilis. Il ne se souvient d'aucun accident vénérien au cours de son existence, affirme n'avoir jamais été malade et n'a jamais consulté de médecin. La seule chose qui l'inquiète, sans jamais d'ailleurs lui avoir causé de souffrance, c'est une vaste tache rougeâtre située sur la peau, au niveau de la face interne de la cuisse droite. En ce point existe, en effet, une plaque, mesurant les dimensions de la paume de la main, d'une couleur rose lilas. Cette plaque ne fait pas saillie par rapport aux téguments voisins, elle n'est pas non plus déprimée et sauf la coloration sus-indiquée, la peau à son niveau n'offre aucune modification ; pas d'infiltration, pas de desquamation, aucun phénomène subjectif, prurit ou douleur.

La présence de cette lésion chez cet homme et l'état de santé de son fils nous font croire, malgré ses dénégations, qu'il y a eu syphilis. Nous songeons à l'érythème circiné tertiaire. Les événements devaient justifier ce diagnostic. Soumis au traitement général : mercure et iodure de potassium, localement aux applications d'emplâtre de Vigo, ce placard éruptif guérit en cinq mois.

Ce fut l'unique manifestation perçue d'une syphilis bénigne et atténuée par les temps, mais cependant indéniable, puisque son porteur engendra un enfant type achevé de l'hérédosyphilitique.

Observation XV. — *Erythème circiné*

Dans le courant du mois de janvier de 1902, nous sommes consulté par une jeune femme de 25 à 30 ans, pour des rougeurs qui existent depuis des mois sur certaines parties du corps et qui n'ont aucune tendance à disparaître.

Sans être gravement malade, elle présente du côté du tube digestif des désordres assez gênants, ces désordres sont caractérisés par des crises gastriques douloureuses accompagnées de vomissements alimentaires. Ces crises se produisent le plus souvent dans les heures qui suivent le repas et se répètent à intervalles assez réguliers. En dehors de ces crises, la malade ne souffre pas de l'estomac, elle peut même parfois faire accepter à cet organe des mets fort indigestes sans qu'il se révolte ou qu'elle en soit incommodée d'une façon quelconque. Mais si l'on poursuit l'examen de la malade, on remarque qu'elle attire l'attention avec persistance sur un point douloureux qui existe en arrière, à droite et au niveau des dernières côtes. Ce point, siège d'une douleur à peu près constante, est telle-

ment sensible à la pression que la malade ne peut plus porter de corset et a dû supprimer ce vêtement. Un examen attentif de la région douloureuse ne permet pas d'y découvrir de lésion apparente, mais en raison de la localisation de la douleur, on songe à incriminer le foie et à lui attribuer tous les troubles gastro-intestinaux. La suite de l'observation montrera le bien fondé de cette opinion.

Jusqu'à présent, l'éruption pour laquelle cette jeune femme vient nous consulter a été attribuée aux troubles digestifs, elle a essayé divers traitements consistant en pommades ou lotions, sans résultats.

La première manifestation de cette dermatose remonte à trois ans. Elle s'est installée progressivement sans causer ni douleur, ni prurit. Depuis elle ne s'est jamais modifiée, et, sans la teinte rosée qu'elle donne à la peau et qui gêne la malade pour se décolleter, le cou étant envahi, notre cliente se serait résignée à garder cette éruption peu incommode.

Les éléments éruptifs sont discrets et cantonnés dans certains foyers qui sont : la zone postérieure du cou, la face externe des avant-bras droit et gauche, la face interne de la cuisse gauche.

Ils forment dans ces divers lieux des placards d'étendue variable. Le plus petit est au cou, il mesure le diamètre d'une pièce de cinq francs en argent. Les placards des bras et de la cuisse sont plus grands. Ils atteignent sur les bras dix à quinze centimètres, détendus ils sont plus longs que larges. Sur la cuisse ils dépassent ces dimensions. C'est dans ce point qu'ils se présentent avec leurs caractères les plus nets. En regardant de près et en tendant la peau on voit une plaque éruptive de forme ovale à grand diamètre dirigé de haut en bas. Elle commence à la région moyenne de la cuisse et atteint

presque le genou. Cette plaque est limitée par un anneau d'un beau rose lilas, large de 5 à 6 millimètres, au niveau duquel le tégument est un peu surélevé et l'épiderme un peu frisé. Cet anneau n'est pas complètement fermé ; il est interrompu sur un bord dans son tiers moyen.

En dehors de lui la peau est saine et normale. Dans la zone qu'il circonscrit au contraire, la peau est un peu plus pigmentée et il y a une légère desquamation superficielle. Sur les bras et le cou nous retrouvons la même disposition et les mêmes apparences ; toutefois, sur le bras gauche, il paraît y avoir trois à quatre grands cercles ou demi-cercles concentriques rosés, comme si un ruban avait été enroulé plusieurs fois sur lui-même.

Nous diagnostiquons érythème circiné tertiaire. Cherchant alors l'origine de ces lésions, il est impossible à la malade de se souvenir d'un accident antérieur quelconque ; force est donc d'admettre que jusqu'ici l'infection est passée inaperçue.

On soumet immédiatement cette jeune femme à un traitement spécifique énergique. Des piqûres hebdomadaires de sublimé à 3 centigrammes et l'iodure est donné à la dose de 3 à 4 grammes par 24 heures ; localement on applique de l'emplâtre de Vigo jusqu'à irritation et desquamation de l'épiderme. Malheureusement, presque aussitôt, sous l'influence de l'iodure, les accidents gastriques s'accusent et obligent à abandonner ce médicament. Du mois de février à la fin de mai, on pratique une série de 15 injections mercurielles. A cette époque, les lésions qui se sont effacées progressivement ne s'accusent plus que par une légère pigmentation visible seulement à un examen attentif. En juillet, nous envoyons la malade soigner son estomac et son foie à Vichy. Elle revient très améliorée par cette cure, l'estomac fonctionne régulièrement,

les crises douloureuses ont disparues et la douleur de la région hépatique est très atténuée. Toute trace de l'érythème circiné est effacée.

Nous perdons de vue notre cliente jusque vers le 15 septembre. A cette époque, elle revient nous voir pour raghade douloureuse de la face palmaire de l'index droit et pour une desquamation en aïre de la paume de la main droite. On fait une série de six injections mercurielles, et ces lésions guérissent en trois semaines.

Nous ne revoyons plus notre malade qu'au début du mois de mai de l'année 1903. La santé générale est excellente, l'estomac va bien ; malgré une interruption de traitement de près de six mois, l'érythème circiné n'est pas reparu.

(*Gazette Médicale des Hôpitaux de Nantes*, Docteur H. MALHERBE, 1903).

Observation XVI. — *Erythème circiné* (Inédite)

Il y a deux ans, un de nos confrères nous amène un client pour avoir notre avis sur une éruption rouge discrète, localisée à la face externe de la cuisse droite.

Le malade a 50 ans environ, grand et fort, il a toujours eu une bonne santé.

L'éruption est constituée par 5 à 6 grandes taches violacées, superficielles, au niveau desquelles on voit en tendant la peau une légère frisure. Il n'y a aucun phénomène subjectif : douleur, démangeaison ou cuisson. Nous diagnostiquons : syphilis, érythème circiné maculeux. Interrogé à ce sujet, le malade qui paraît de bonne foi nie tout antécédent connu.

Un traitement spécifique institué fait justice de ces lésions en quelques semaines.

Observation XVII.— Inédite

Erythème maculeux tertiaire. (Syphilis ignorée)

Une jeune femme, horizontale de haute marque, très lancée dans le tourbillon de la fête, vient nous consulter pour des taches peu apparentes en général, sauf à certains instants. Ces taches rondes, situées sur la face antérieure des avant-bras, descendent jusqu'au poignet et s'étendent en haut jusqu'à la saignée.

Elles ont les dimensions d'une lentille, sont d'une teinte violacée, ou même bleutée. De prime-abord on les croirait disposées sans ordre, mais en regardant de près, elles semblent décrire de grandes courbes. Si la malade a chaud, si elle reste les bras nus à l'air, ces macules deviennent plus apparentes. A leur surface, en tendant la peau, on voit un frisement léger de l'épiderme. En plus nous trouvons sur la face interne de la cuisse gauche et sur le condyle interne du même côté, deux orbes superficielles bleuâtres à peine accusées. Enfin sur le bras droit, presque à la saignée, au milieu des macules sus-décrites se détache une seule papule saillante, cuivrée, avec collerette blanchâtre flottante, lésion en somme du plus beau type secondaire. En outre, la santé générale de cette femme est mauvaise, c'est une alcoolique avec cirrhose au début. On la considère comme atteinte de neurasthénie grave.

A sa grande stupéfaction nous étiquetons son éruption : syphilis. Les lésions actuelles dataient de huit à dix mois et

avaient été attribuées à ses mauvaises digestions, mais sa syphilis, complètement ignorée, n'avait jamais avant notre examen attiré son attention.

Un traitement mercuriel fit disparaître ces éruptions en quelques semaines et, chose intéressante, releva la santé générale mieux que ne l'avaient fait jusque-là toutes les tentatives thérapeutiques (Communiquées par le Docteur H. MALHERBE).

Nous tenons à reproduire ici quelques-unes des observations que le Docteur Braumann a réunies dans sa thèse, 1891.

Observation XVIII. — *Erythème circiné*

Observation prise dans la Thèse du Docteur Braumann et tirée de *The British Journal of Dermatology*, 1889, p. 168.

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été présenté par M. le Docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il s'agit d'un homme de 23 ans, artiste lyrique, entré le 5 février 1889.

Le chancre a débuté il y a 3 ans (février 1886) sur la partie inférieure du gland. Il dura deux mois, la cicatrice en est visible. Il est sorti après deux mois de séjour et en bon état. Il a suivi un traitement mercuriel.

Peu de temps après roséole discrète, plaques muqueuses à la gorge et aux lèvres.

Il y a deux mois gomme de la partie dorsale de la verge vers son milieu. En même temps ganglions de l'aîne avec suppuration.

En dehors de ces accidents tertiaires, le malade présente d'autres lésions. Ce sont des surfaces annulaires, non saillantes, formant des contours circinés. De coloration rose et s'effaçant sous le doigt, elles ont un aspect érythémateux. Elles ne sont pas prurigineuses et ne causent ni chaleur ni démangeaisons. Irrégulièrement disséminées sur le tronc et le bras gauche, on en voit de très nettes sous l'aisselle gauche et à la région sacrée.

Ce sont des plaques de 4 à 5 centimètres de diamètre au nombre de 7 ou 8. Dans l'aire circonscrite par cette éruption, on voit quelquefois un tacheté d'éléments roses de même nature, mais le plus souvent la surface cutanée centrale est indemne.

A côté de ces lésions, on trouve, à la partie supérieure du dos un groupe de papules en corymbe nettement saillantes et plus colorées, celles-ci ont, comme les syphilides érythémateuses, évolué de front avec les lésions gommées.

On voit en outre deux syphilides papulo-ulcéreuses au poignet gauche.

Traitement : Iodure de potassium. Après un mois les gommages sont en voie de résorption. La roséole diminue légèrement.

Observation XIX. — (XII de la Thèse du Docteur BRAUMANN)

M. F. . . ., âgé de 41 ans, employé au chemin de fer. Chancre induré il y a 18 ans, traité localement par la poudre au calomel et l'onguent mercuriel. Roséole discrète après le chancre. Pas de traitement pendant 13 ans. Il y a 5 ans, le malade a pris un peu d'iodure de potassium à la suite de vertiges.

Actuellement il présente à la commissure labiale gauche une plaque blanche nacrée et la commissure droite est le siège d'une érosion superficielle.

La langue présente une dépapillation marginale presque complète. Cette affection dure depuis 5 ans et coïncide avec l'apparition de vertiges. Le malade fume un peu. Voici ce qui concerne l'éruption cutanée: Il y a 8 mois apparaissaient au niveau des deux poignets des plaques annulaires roses très superficielles, sans démangeaisons, qui disparurent par l'usage du sirop de Gibert après un mois de traitement.

Actuellement on voit sur le bras droit un anneau rose, large comme une pièce de 2 francs, légèrement purpuracé à centre sain.

Au pied droit on remarque au niveau des 2^e et 4^e inter-lignes digitaux une éruption légèrement squammeuse, aprurigineuse. Après un traitement d'un mois les accidents étaient en voie de guérison.

Observation XX (XIII de la Thèse du Docteur BRAUMANN)

J. L..., placier, âgé de 25 ans, accident initial à la verge en juillet 1888. Il se soigne la première année avec 500 pilules de protoïdure, la 2^e année au sirop de Gibert. Au mois de janvier 1891, syphilides érosives superficielles de la pointe de la langue. Au mois de mars de la même année, syphilides circinées à l'épaule gauche. Elles sont larges comme une pièce de 5 francs, rosées, légèrement jaunâtres, un peu purpuracées, sans prurit. Pas d'alcoolisme. Syphilophobie.

Observation XXI (XV de la Thèse du Docteur BRAUMANN)

Le nommé H..., porteur aux Halles, entre à Saint-Louis en mai 1891.

Décembre 1880, chancre infectant qui dure jusqu'en mars 1881 où il entre à l'hôpital. Séjour un mois.

Mai 1881, syphilides buccales et roséole de retour. Séjour deux semaines.

Juillet 1881, syphilides papulo-squammeuses généralisées.

Septembre, 4^e entrée à l'hôpital pour la même éruption. Séjour deux mois.

Décembre, 5^e entrée. Sorti le 1^{er} avril, après amélioration.

25 mai 1882, 6^e entrée pour gommès énormes du cuir chevelu, des bras, des jambes et de la lèvre supérieure.

Guéri le 8 juillet.

Fin de juillet, 7^e entrée pour onyxis et syphilides atténuées. Séjour 3 semaines.

Septembre, 8^e entrée pour gomme du nez. Séjour 2 mois 1/2.

Mai 1883, 9^e entrée. Syphilides tuberculeuses. Séjour 3 semaines.

Juin, 10^e entrée. Glossite décapillante. Séjour 7 semaines.

° Août et Octobre, 11^e et 12^e séjour à l'hôpital pour gommès.

En 1884, 13^e et 14^e séjour. En 1885 et 1886 il fait 4 séjours à l'hôpital. En 1887, 1888 et 1889 il fait 3 séjours.

En 1891 il vient pour la 22^e fois montrer des syphilides érythémateuses circonscrites très superficielles au bras gauche. Après un séjour d'un mois, l'éruption se fane et prend une teinte plus jaune.

Comment expliquer la bénignité de tous ces accidents secondaires tardifs.

Faut-il y voir avec Unna (de Hambourg) des altérations sans gravité des nerfs vaso-moteurs se traduisant par des dilatations vasculaires dont l'érythème serait un effet ? Ou bien ne devons-nous pas plutôt, avec Fournier, y voir une atténuation au plus haut degré de syphilides tuberculeuses ? Faut-il, d'un autre côté, confondre l'érythème tertiaire avec les roséoles de retour et récidivantes ? Le problème se pose sans qu'on puisse y répondre catégoriquement.

« Pour ma part, dit Fournier, j'incline fort à penser que ces divers érythèmes, bien que plus ou moins analogues de l'un à l'autre, dermatologiquement, bien qu'impossibles même à différencier pour certains cas, n'en sont pas moins des actes pathologiques différents, par lesquels se traduit l'infection sous l'influence de causalités et de pathogénies intimes qui nous échappent. »

Tout ce que l'on peut dire, pour conclure avec le même auteur, « c'est que chacun fait sa syphilis suivant sa santé habituelle, son tempérament, ses habitudes, sa prédisposition héréditaire ou acquise, son hygiène, son milieu, ses tares morbides et aussi suivant la façon dont on le traite. (Fournier, *Semaine Médicale*, 1886).

5^o Les Ongles

Le système onguéal participe d'une manière importante aux manifestations secondaires de la syphilis. On y rencontre des *décollements partiels* de l'ongle qui sourdement, sans douleur, peut se détacher des parties sous-jacentes en laissant à nu ce qu'on nomme le lit de l'ongle.

On y trouve aussi de l'*onyxis* craquelé, feuilleté, écaillé, où l'ongle s'effrite, se fendille, se brésille à sa partie libre ; ou du *pachyonyxis*, épaissement, hypertrophie de la lame unguéale. Plus rarement on trouve du *perionyxis* sec, durillon syphilitique péri-unguéal, mal agaçant autant que tenace et rebelle.

6° Les Yeux

Il faut parler pour mémoire des syphilides secondaires attardées de l'œil. Les oculistes en citent des exemples. Nous reproduisons un exemple cité dans la (*Syphilis tardive* de Fournier) où le Docteur Schrameck décrit une forme d'iritis anachronique.

Observation XXII

X..., âgé de 53 ans, se présente à nous le 26 mars 1903 avec tous les symptômes d'une iritis droite : Injection péri-kératique, pupille en myosis offrant en deux points de légères adhérences avec la surface antérieure du cristallin ; iris légèrement changé de teinte, etc...

L'affection a débuté d'une façon insidieuse il y a deux jours ; elle ne s'accompagne pas de douleur ; rien autre qu'une gêne modérée de l'œil à la lumière.

Aucune cause accidentelle, aucune tare héréditaire à laquelle on puisse rapporter cet iritis. Mais syphilis à 22 ans, chancre dur, roséole, plaques muqueuses. Traitement de 18 mois par pilules de protoïodure. Nulle manifestation de syphilis depuis trente ans.

Traitement : Pilules de protoïodure et atropine. Modification rapide de tous les symptômes et guérison complète dans la quinzaine.

Ces iritis anachroniques peuvent se produire d'après le Docteur Antonelli, dans la syphilis héréditaire tardive et cela sous une modalité simplement conjective, sans production nodulaire pouvant prêter au soupçon d'infiltration gommeuse.

II. — MUQUEUSES

1^o *La Bouche*

De même que la syphilis tertiaire se traduit à la peau par des manifestations de modalité secondaire, elle se révèle sur les muqueuses empruntant souvent ses déterminations aux accidents superficiels secondaires.

L'échéance à laquelle ces manifestations attardées peuvent entrer en scène est aussi reculée du chancre que celle de certains accidents de la peau, et nous en avons vu remontant à 15 et 20 ans après le début de la maladie.

Parmi les muqueuses, c'est assurément celles de la bouche qui servent de siège le plus fréquemment à ces syphilides déclassées.

Fournier dit que dans sa seule clientèle de ville, il n'a pas observé moins de 533 malades ayant eu des plaques muqueuses au cours de la période tertiaire, et les unes remontent à la 6^e, 12^e et même 15^e année.

Entre toutes les muqueuses buccales, la langue est tout particulièrement affectée d'accidents secondaires tardifs.

Les lésions sont quelquefois sèches, le plus souvent humides et partant très dangereuses pour autrui, bien que bénignes en elles-mêmes.

Ces manifestations déclassées des muqueuses buccales affectent deux formes spéciales : la forme érosive et la forme dépapillante.

a) *Glossite érosive.* — La première est la plus superficielle et bénigne par excellence. Elle est aussi la plus fréquente au cours de la période tertiaire.

C'est une simple abrasion de l'épithélium qui le dénude sans l'entamer. Elle est large comme une amande ou se multiplie sous forme de lentilles herpétiformes de couleur rouge ou grise, plate, sans relief, telle l'érosion qui paraît dans les premiers mois de la maladie, spécialement chez les fumeurs.

C'est donc une forme aussi jeune qu'elle est bénigne en elle-même, mais c'est aussi la forme la plus rebelle qui existe et récidivante par excellence.

Des malades l'ont gardé sous forme de points herpétiformes miliaires durant des années entières, soit parce qu'elle était indolore, soit parce que sa nature leur avait échappé ou n'avait pas été reconnue par le médecin.

En effet, une de ses caractéristiques les plus importantes et aussi les plus dangereuses est la faculté qu'elle a de devenir méconnaissable. En la voyant on peut songer à tout : aux érosions mécaniques ou traumatiques, aux inflammations tabagiques, leucoplasiques, herpétiques et oublier la syphilis déclassée qui reste éminemment contagieuse d'autant plus que le malade n'est pas prévenu. Et

souvent sa nature n'apparaît qu'après la contamination fatale.

Nous pouvons donner ici plusieurs exemples de ces syphilides secondaires attardées dont l'un nous montre précisément un malade ignorant du danger qui, à la 5^e année de sa vérole, contagionna sa maîtresse avec ses baisers.

Observation XXIII. — *Plaques muqueuses récidivantes tardives*
10 et 11 ans après le chancre
(Inédite)

M. O..., très vigoureux, prend la syphilis en 1899 de sa maîtresse. Il se soigne bien et régulièrement. A des accidents bénins et discrets. Mais fumeur invétéré, il voit des récidives nombreuses sur sa muqueuse buccale, ses lèvres, sa langue. Si bien qu'en 1909 et 1910 il nous montrait encore sur la pointe d'icelle des érosions du type le plus pur et sur le dos de cette langue des plaques dépapillées de la plus grande netteté.

Observation XXIV (Inédite)

M. V..., syphilitique depuis 5 ans, vient nous trouver avec des plaques buccales érosives sur la langue, les lèvres et la face interne des joues. Très étonné de semblables lésions (car on lui avait dit qu'elles ne pouvaient pas se manifester au-delà du 18^e mois de la maladie !) et qu'il ne risquait pas de contagionner qui que ce fut autour de lui.

Résultat : Il venait de contaminer sa maîtresse.

Observation XXV (Inédite). — *Plaques muqueuses linguales et syphilide érythémateuse circonée à la 6^e année de la maladie.*

Une jeune fille du meilleur monde près de laquelle nous sommes appelé en 1905 est soi-disant atteinte de rougeole. En réalité elle a une roséole, mais une roséole syphilitique. Enquête faite, cette syphilis vient d'un homme marié, son amant, lequel a également contaminé sa femme. La maladie évolue simplement, sans grand fracas et le traitement est suivi régulièrement. Mais à partir de l'année 1907, sans cause appréciable, la malade voit des récidives continuelles de plaques muqueuses, érosions des plus superficielles, sur le bout et les bords de la langue. Puis en 1910, nous constatons une plaque, condylôme hypertrophique à l'anus et une syphilide érythémateuse circonée très nettement dessinée sur le genou gauche.

Observation XXVI

Une jeune demi-mondaine, très élégante et très en vogue, vient en 19.... nous demander de la délivrer d'un « gros bouton » poussé sur la commissure gauche de la bouche et qui la défigure horriblement. Ce bouton dure depuis trois mois, ajoute-t-elle, tantôt il se cicatrise presque, puis il s'ulcère à nouveau et recommence. La lésion en effet soumise à l'examen est constituée par une grosseur arrondie, ayant les dimensions d'un gros pois vert ; pressée entre deux doigts elle est indolore, mollasse, et par son sommet ouvert en cratère on fait sortir des masses bourbillonneuses. Nous pensons à une gomme syphilitique. Continuant l'examen et inspectant

la langue, nous en voyons l'extrémité marbrée d'un semis de plaques blanchâtres opalines pour les unes, excoriées et rouges pour les autres. Ce sont des plaques muqueuses des mieux caractérisées. La malade nous apprend alors que depuis deux ans de semblables lésions se reproduisent à chaque instant sur sa langue. Un médecin consulté lui a dit que ce n'était que des aphtes.

Nous frémissons en entendant ce discours et en songeant aux nombreuses victimes que cette syphilis inconnue et promenée sur tant de lèvres depuis déjà longtemps a dû faire dans le monde de la fête. Il fut, malgré un examen minutieux, impossible de retrouver le point de départ de cette avarie.

Le traitement institué fit disparaître en peu de temps tous ces accidents.

Observation XXVII (Inédite). — *Plaques muqueuses linguales à la 10^e année.*

M. X... prend la syphilis en 1899, suit un traitement immédiat et régulier. Jusqu'en 1905 ne voit pas d'accident.

A ce moment, par intermittences, apparaissent des plaques érosives sur le bout de la langue. En 1910 fait une cure à Aix. Tout est rentré dans l'ordre.

(Communiquées par le Docteur Henri MALHERBE)

b) *Glossite dépapillante*. — La seconde forme de lésions buccales est constituée par ce que Fournier a appelé la *Glossite dépapillante*. C'est une syphilide superficielle d'origine secondaire par excellence. Elle se présente sous forme de tache rouge-brun se détachant nettement sur

le fond rouge clair de la langue. Elle est lisse, égale, unie, ayant desquamé les papilles linguales, les ayant fauché pour ainsi dire.

« On sait, dit Cornil, que les papilles filiformes qui constituent comme des touffes d'herbes sur le dos de la langue présentent un piquant, une saillie composée de cellules cornées imbriquées les unes sur les autres et dont les plus inférieures sont implantées sur une petite papille à peine saillante. La partie épithéliale a une très grande longueur : 1/2 millimètre, 1 millimètre au plus. Que ces énormes prolongements épidermiques tombent, et ils tombent en réalité au niveau des plaques en question ; reste une surface lisse, plane, recouverte simplement par les couches stratifiées du corps muqueux, mais privé de ses prolongements filiformes d'épiderme corné. La plaque paraît alors dans son ensemble, d'autant plus lisse, d'autant plus déprimée qu'autour d'elle, les prolongements cornés des papilles filiformes sont conservées avec leur longueur accrue encore par l'inflammation linguale... »

Les contours de ces plaques sont nettement accusés d'un rouge plus foncé que la muqueuse saine. Enfin la lésion est sèche, malgré qu'elle soit sur une muqueuse. Nous avons observé tout à loisir cette plaque muqueuse sur l'observation XXIII que nous reproduisons plus haut.

On reconnaît à la glossite papillante trois types principaux : la glossite lisse lenticulaire, la glossite en nappe et la glossite circonée.

La forme lenticulaire, rappelle souvent le psoriasis lenticulaire de la paume de la main. Elle donne des plaques

plus ou moins nombreuses, 4 à 10 environ, arrondies, ovales ou très irrégulières de la grandeur d'une lentille ou d'une pièce de 50 centimes. Elle affecte particulièrement la partie antérieure de la langue près des bords latéraux.

La forme en nappe s'étale sur toute une partie de la langue, sur les bords latéraux de préférence, encadrant le milieu resté sain de son fer à cheval tonsuré. Les fumeurs invétérés sont les plus atteints par ce genre d'accident qui finit par envahir tout le plateau lingual.

La forme circinée s'accuse par de grands ovales à grand axe toujours parallèle à celui de la langue. Elle est aussi souvent formée par des segments de circonférences, des arcs de cercles, des arceaux avortés en partie ou même des anneaux complets. Nous reproduisons ici une observation empruntée à la *Syphilis tardive* de Fournier, sur une vérole remontant à 28 ans et qui est un cas typique de glossite décapillante circinée.

Observation

Le nommé J. B..., âgé de 52 ans, terrassier, entre le 4 juin 1901 à Saint-Louis.

En 1873, chancre du fourreau avec adénopathie inguinale.

Roséole. Le malade se marie néanmoins, il contagionne sa femme. 20 mois sans traitement — la femme fait une fausse-couche et met au monde un enfant qui meurt à deux mois.

En 1875 cette femme entre à Broca, l'homme va à l'hôpital

du Midi. Il présente des syphilides ulcéreuses de la verge et du scrotum. Traité, elles disparaissent.

La femme a dix grossesses toutes suivies de fausses-couches, sauf une après son traitement de 1875 à Broca où l'enfant naquit sain, vécut et prit même la syphilis au régiment.

En 1895, après 20 ans de rémission, l'homme a une hémiplegie gauche qui disparaît par les frictions mercurielles.

En 1898, syphilide du tronc et du scrotum. Traitement. Guérison.

En 1901, il entre à Saint-Louis avec, au bout de la langue, une lésion annulaire large comme une pièce de deux francs. Elle présente l'aspect d'une glossite décapillante bien circonscrite et non érosive.

Le malade est chiqueur, il a en outre de la leucoplasie par placards sur la face interne des joues et des lèvres. Il a enfin des syphilides papulo-tuberculeuses ou psoriasiformes éparses sur les fesses et le cou.

Cet exemple ne peut donner lieu à aucun doute. Il arrive plus souvent qu'on se trouve en présence de formes frustes ou les taches ressemblent plutôt à des mouchetures ou se limitent à une simple rougeur érythémateuse de la langue, ou encore se compliquent de fissures et d'érosions, moins caractéristiques, qui gênent le diagnostic et le rendent même impossible. (1)

(1) Il faut dire ici un mot des manifestations de glossite exfoliante et de leucoplasie qui parfois peuvent égarer le diagnostic. La *glossite exfoliante* est une affection chronique par excellence d'origine syphilitique douteuse, siégeant sur la langue. Elle consiste en une série de poussées éruptives sous forme d'exfoliation bordée d'un liseré blanc. Cette exfoliation débute sur le bord et gagne le milieu en formant une série de circinations. Le liseré blanc qui l'accompagne suffit à la diagnostiquer. De plus elle résiste au traitement mercuriel. Elle est peut-être contagieuse.

La leucoplasie se traduit par la formation de placards blancs. Ce sont des plaques bien limitées d'un blanc nacré disséminées ou confluentes sur

Les syphilides érosives de la bouche et de la langue sont assez communes jusqu'à la 10^e année de la maladie. Au-delà il n'en est plus question.

La glossite dépapillante, elle, n'a pas les mêmes limites. Elle se rencontre fréquemment vers la 20^e année et Fournier cite des observations où cet accident paraît dans des véroles de 28 à 30 ans.

Nous les reproduisons ici.

Observation XXIX. — *Glossite dépapillante à la 20^e année de la syphilis.*

X..., âgé de 39 ans, syphilis en 1874. Trois chancres indurés de la verge. Roséole. Plaques buccales à diverses reprises (fumeur). Traitement d'environ 18 mois par mercure et iodure. Nul accident jusqu'en 1883. Alors lésion de la langue.

En février 1884 (20^e année de la maladie), type de glossite dépapillante, occupant le plateau dorsal de l'organe dans ses 2/3 antérieurs, quatre îlots où les papilles sont absolument rasées et font place à une surface lisse unie, rosée, sèche, sans la moindre érosion. Ces îlots sont irrégulièrement circonscrits de contour. Deux ont la dimension d'un gros haricot, deux autres sont plus petits. Ils tranchent sur les parties saines ambiantes, à la fois par leur couleur et leur aspect tonsuré. Nulle douleur, pas de ganglions.

Traitement aux pilules de Dupuytren, collutoire boraté, gargarisme.

Guérison le 3 mai. Pas de récurrence jusqu'à ce jour 1900.

la muqueuse des joues, des lèvres et surtout de la langue où elles peuvent former une cuirasse. Les causes en sont sans doute la syphilis, l'arthritisme et les irritations buccales. Le traitement spécifique n'a aucun effet.

Observation XXX. — *Glossite dépapillante à la 27^e année de la maladie.*

X..., âgé de 48 ans. Syphilis en 1855. Chancre induré de la verge. Roséole, plaques muqueuses. Traitement très court (d'un ou deux mois à la liqueur de Van Swieten). Se marie un an plus tard, contamine sa femme qui accouche d'un enfant mort.

Pendant 26 ans pas d'accidents, puis la langue devient malade, le malade n'a jamais fumé.

En 1882 (27^e année de l'infection), glossite dépapillante intense. Tout le tiers droit de la langue présente une surface absolument tonsurée et rouge. Sur la moitié gauche de l'organe, quatre îlots où les papilles ont été également fauchées : un du diamètre d'un haricot, trois autres agminés et formant un placard comparable aux proportions d'un pruneau. Aucune érosion à la surface de ces aires tonsurées qui sont unies, lisses, sans rénitence de base. Sensibilité de la langue pendant la mastication. Pas d'adénopathie. Traitement à 3 pilules de Dupuytren par jour. Guérison en 6 semaines.

Observation XXXI. — *Glossite dépapillante à la 28^e année de la maladie.*

X..., âgé de 48 ans. Syphilis en 1855, chancre uréthral induré, puis plaques de la bouche. Traitement de 4 à 5 mois aux pilules et à l'iodure.

En 1875, syphilide palmaire et plantaire typique, de forme secondaire. Le malade dit que depuis 1870 il a eu

plusieurs fois des poussées de ce genre aux mains et aux pieds. Traitement mercuriel, guérison en 2 mois.

En 1878, érosions sur le bord de la langue, guérison, sirop de Gibert.

En 1884 (28^e année de la maladie) glossite décapillante typique. Traitement spécifique. Guérison.

Observation XXXII. — *Glossite décapillante à la 30^e année de la syphilis.*

X..., 60 ans. Syphilis en 1866, vue et traitée par un médecin de l'hôpital du Midi. Chancre induré du gland avec bubon. Plaques muqueuses buccales. Traitement mercuriel prolongé, puis iodure.

Nul accident jusqu'en 1895. A cette époque périonyxis suppuré, puis ulcéreux du gros orteil. La lésion me semble absolument syphilitique et guérit par le traitement mixte. Récidive. Même traitement. Chûte de l'ongle. Guérison quelques mois plus tard.

En 1896 deux plaques indéniables de glossite décapillante, l'une ayant les proportions d'un haricot, l'autre plus étendue. Echec du traitement purement local.

Trois mois après une injection au calomel (à 5 centigrammes) produit une modification immédiate, suivie d'une guérison rapide.

Huit mois plus tard nouvelle aire de décapillation linguale. Une injection de calomel en produit la disparition avec une rapidité significative.

Observation XXXIII

C. U..., cocher, 30 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 1^{er} août 1903.

Le malade a eu en 1893 un chancre syphilitique du fourreau de la verge, suivi dans les délais classiques de roséole et de plaques muqueuses de la bouche et de l'anus. Il se soigna peu au début de cette syphilis et prit irrégulièrement pendant quelques mois, des pilules mercurielles. Au bout de quelques temps, les manifestations de la syphilis s'étant arrêtées, il cessa alors tout traitement. Il y a deux ans, poussée de syphilides gommeuses multiples des membres supérieurs et inférieurs, qui guérissent assez lentement sous l'influence du traitement mixte.

Actuellement une grande partie du cuir chevelu est couverte de croûtes épaisses, verdâtres et stratifiées. Quand on les soulève, on met à découvert des ulcérations profondes, à bords taillés à pic et adhérents, à fond peu suppurant et présentant çà et là un aspect bourbillonneux. Il s'agit de syphilides gommeuses du cuir chevelu dont le début remonte à deux mois environ.

Sur la surface supérieure de la langue et la région rétro-commissurale des joues existent des placards de leucoplasie. Mais d'autre part, on voit en différents points de la cavité buccale, des plaques muqueuses absolument typiques. C'est ainsi qu'on trouve, au niveau des deux commissures labiales, des syphilides érosives recouvertes d'un léger enduit opalin ; elles s'étendent sur les parties supérieure et inférieure de la commissure et empiètent légèrement sur la zone cutanée adjacente où elles sont croûteuses.

En plusieurs points du bord de la langue on voit d'autres plaques muqueuses érosives, dont certaines sont fissuraires et les autres arrondies.

Enfin sur la voûte palatine, à droite de la ligne médiane, existe une syphilide papulo-érosive qui tranche nettement sur le reste de la région par sa surélévation et sa couleur rosée.

Les dents sont en très mauvais état. Le malade est grand fumeur et n'a jamais cessé l'usage du tabac depuis le début de sa syphilis.

Observation XXXIV

A. J..., 51 ans, ébéniste, entre à l'hôpital Saint-Louis, Service de M. du Castel, salle Cazenave, n° 21, le 10 juillet 1903.

Le malade a contracté la syphilis en 1883. A cette date, il eut un chancre de la verge, suivi dans les délais classiques, de roséole et de plaques muqueuses dans la bouche, à l'an us et aux organes génitaux. Le traitement n'a été suivi qu'à de rares intermittences.

Depuis, cette syphilis a eu des poussées multiples, pour lesquelles le malade a été soigné à plusieurs reprises à l'hôpital Saint-Louis ; elles ont principalement consisté en lésions buccales et en syphilides ulcéreuses des jambes.

Actuellement, le malade entre à l'hôpital pour des lésions de la jambe droite et de la bouche.

La jambe droite est variqueuse sur ses 2/3 inférieurs et principalement sur sa face interne, se voient des cicatrices multiples ayant tout à fait l'aspect des cicatrices consécutives aux syphilides ulcéro-gommeuses.

Elles sont pour la plupart régulièrement arrondies, certaines sont polycycliques ; il en est de groupées en bouquet. A leur périphérie existe une pigmentation très marquée, tandis que le centre est d'une teinte beaucoup moins foncée. Ces cicatrices sont consécutives à des ulcérations qui ont guéri par le traitement spécifique.

A 2 centimètres au-dessus de la malléole interne, existe une ulcération grande comme une pièce de 5 francs, dont les caractères sont ceux d'une gomme syphilitique ulcérée ; ses bords circulaires sont profondément taillés à pic et non décollés, son fond est bourbillonneux par place. Cette gomme a débuté il y a cinq ou six mois.

Il existe de plus, sur cette jambe, des lésions de dermite variqueuse. Quelques cicatrices pigmentées sur la jambe gauche.

Dans la bouche on trouve des lésions d'ordre divers. Depuis le début de sa syphilis, le malade a du reste, fréquemment présenté des lésions de ce côté. Il fumait beaucoup autrefois ; il a cessé il y a environ dix ans, mais depuis il chique quotidiennement. Les dents sont en très mauvais état, cariées pour la plupart ; il existe de la gingivite généralisée.

On note une glossite tertiaire scléreuse de la variété profonde. La langue, qui est recouverte de plaques blanchâtres d'aspect leucoplasique, est parcourue par de profonds sillons qui la crevassent et la lobulent irrégulièrement.

D'autre part, au-dessus de la commissure buccale droite, existe une plaque muqueuse typique, située tout entière sur la face interne de la joue. Il s'agit d'une érosion ovale, allongée de haut en bas, mesurant 1 centimètre dans son grand diamètre. Son fond rouge par endroits, est plus souvent recouvert d'un enduit opalin. Cette plaque muqueuse s'est développée depuis quinze jours.

Sur la face de la langue, non loin de la pointe et à gauche, se voit une autre plaque muqueuse arrondie, érosive et opaline.

Sur le bord gauche de la langue on trouve une autre plaque de variété papulo-érosive ; elle est plus petite que la précédente et a les dimensions d'une lentille.

Traitement : Deux cuillerées à soupe par jour de sirop mixte bi-ioduré.

28 juillet. Les plaques muqueuses sont tout à fait guéries mais les lésions tertiaires sont peu modifiées ; l'ulcère gommeux de la jambe droite tend pourtant à se rétrécir.

Observation XXXV. — *Glossite dépapillante à la 12^e année de la Syphilis.*

X..., âgé de 37 ans. — Syphilis en 1868. Chancre induré de la muqueuse préputiale, avec adénopathies inguinales. — Roséole ; puis syphilide papuleuse discrète. — Céphalée. — Eruption croûteuse du cuir chevelu. — En 1869, récurrence de syphilide papuleuse très discrète. Pas d'accidents buccaux (non fumeur).

Traitement de 7 à 8 mois par pilules de protoiodure.

En 1880 (douzième année de la maladie). Syphilide palmaire et plantaire.

Bientôt après, syphilide linguale sous forme de plaques lisses. Sur le plateau dorsal de la langue, trois îlots de dépapillation en aire bien circonscrits, régulièrement ovalaires, d'une couleur rouge qui tranche sur le fond rose-gris de la muqueuse. L'un d'eux, très allongé, a la dimension d'une datte ; les deux autres, plus petits, sont comparables à des

amandes: sur toute leur surface les papilles ont disparu comme si on les avait rasées. Cette surface est donc lisse, unie, polie en même temps que sèche et comme vernie. Elle n'est le siège d'aucune érosion, quelquefois cependant, dit le malade, elle se « gerce » et s'excorie par places, mais pour quelques jours seulement. La base en est souple au toucher. Le malade dit y sentir « des picotements » quand il mange et surtout quand il boit du vin pur.

Traitement : Protoïodure à la dose de 10 à 15 centigrammes par jour, puis sirop de Gibert. Collutoire, gargarismes, etc.

Guérison en sept semaines.

Mais plus tard, récurrence de la glossite sous forme de six petites oasis rouges et dépapillées qui occupent le plateau dorsal de la langue du côté droit et dans la moitié antérieure de l'organe. Reprise immédiate du traitement. Guérison en quelques semaines.

Observation XXXVI. — *Glossite dépapillante à la 14^e année de la Syphilis.*

X..., âgé de 40 ans. — Syphilis en 1869. — Deux chancres parcheminés de la verge, vus et traités par moi. — Au cours des trois années suivantes, plusieurs poussées secondaires (roséole, plaques buccales à répétitions multiples, croûtes du cuir chevelu, papules palmaires, adénopathies. Traitement mercuriel, mais très irrégulièrement suivi.

En 1883 (quatorzième année de la maladie). Syphilide papulo-squameuse circonscrite sur le métatarse et la face dorsale des orteils. Puis peu après invasion d'une syphilide linguale dépapillante: Deux îlots de dépapillation complète : l'un

médian et postérieur, de l'étendue d'une amande ovulaire ; l'autre situé sur le tiers antérieur de l'organe. Celui-ci figure très régulièrement les $\frac{4}{5}$ ^e d'un anneau dont le dernier $\frac{1}{5}$ ^e ferait défaut. Il offre le diamètre d'une pièce d'un franc. Il est constitué par une bande de 4 millimètres de largeur, où les papilles linguales ont complètement disparu. Par son aspect lisse et par sa tonalité rouge, il contraste fortement avec les parties ambiantes. Il est sec, non érosif. Bref, c'est un type de l'affection connue sous le nom de glossite tonsurante de plaque lisse ou fauchée de la langue, etc.

Traitement : Trois pilules de Dupuytren par jour ; collutoire boraté, gargarismes, etc. Guérison de la syphilis du pied et de la glossite en l'espace de trois semaines.

Observation XXXVII. — *Glossite dépapillante annulaire à la*
16^e année de la Syphilis.

X..., âgé de 47 ans. — Syphilis en 1873. — Chancre induré-Roséole. — Traitement par pilules de protoïdure, continué pendant sept mois sous la direction de M. Ricord.

Nul autre accident jusqu'en 1888, époque où la langue devient malade. — En février 1889 (16^e année de la maladie) je constate une irrécusable syphilide cerclée de la langue, de forme absolument secondaire, à savoir :

Sur la moitié droite de la langue, anneau ovulaire, à grand axe antéro-postérieur, mesurant 3 centimètres $\frac{1}{2}$ en ce sens sur 2 centimètres en largeur. Cet anneau est complet et très régulier de forme. Il est constitué par une zone de 3 à 4 millimètres de largeur, sur laquelle toutes les papilles sont détruites et comme rasées à leur base. A ce niveau, la muqueuse pour ainsi dire alopécique est lisse, unie, rouge, mais sèche et

sans érosion. Le centre de l'anneau est sain et pourvu de gazon papillaire normal.

Plusieurs de mes collègues, à qui j'ai montré le malade, n'ont pas hésité un instant sur la qualité syphilitique de la lésion. Tous ont dit : « Syphilis absolument certaine. »

Observation XXXVIII. — *Plusieurs poussées de Glossite dépapillante de la 11^e, à la 18^e année. — Glossite érosive concomitante.*

X..., âgé de 43 ans. Syphilis en 1866. Trois chancres indurés de la rainure glando-préputiale. Pléiades inguinales. Syphilide papulo-squameuse. Plaques muqueuses buccales. Quinze mois plus tard, nouvelle poussée secondaire. Syphilides papulo-squameuses, plaques buccales, adénopathies.

Traitement mercuriel de douze à quinze mois. Plus tard iodure de potassium.

En 1877. (11^e année de l'infection). Je constate sur M. X... une forte poussée de syphilides linguales de forme absolument secondaire, sur le plateau lingual huit disques tonsurés et d'un rouge intense, tous régulièrement orbiculaires, deux comparables comme surface à la section d'un grain de cassis, trois à des lentilles et trois autres plus petits. Ces lésions sont sèches, sans érosion, tout à fait lisses. Pas de rénitence appréciable au toucher.

Sirop de Gibert, trois cuillerées par jour. Collutoire boraté, gargarismes. — Guérison rapide.

En octobre de la même année, récidive sur la langue d'accidents de même forme, mais beaucoup moins confluents. Nouveau traitement. — Guérison.

Trois mois plus tard, syphilide linguale, celle-ci érosive. Reprise du traitement interne. Guérison.

Six mois plus tard, nouvelle syphilide linguales érosives, très petites. — Traitement à Uriage par fortes frictions mercurielles.

En 1884, nouvelle poussée de glossite. Frictions mercurielles et traitement à Uriage. Depuis lors nul accident.

Toutes ces observations nous montrent des faits tellement en dehors des idées admises couramment qu'il est nécessaire de prouver que l'on a bien affaire à des manifestations syphilitiques secondaires.

Le traitement à lui seul serait la pierre de touche suffisante. Tout autre remède a laissé les manifestations rebelles et tenaces. Le mercure seul, en peu de temps arrive, à les mâter.

Mais une autre preuve plus intéressante encore au point de vue pratique réside dans la contagiosité de telles lésions.

Très souvent si le doute entre dans l'esprit, il suffit de constater qu'en même temps que ces accidents bizarres, égarés, se produisent d'autres manifestations tertiaires indubitablement. Et ces coïncidences contribuent à démontrer que les lésions secondaires sont elles aussi spécifiques.

Enfin l'examen bactériologique fait reconnaître le spirochète pululant dans les plaques muqueuses attardées et la réaction de Noguchi est toujours positive et enlève les derniers doutes.

2° Muqueuse Génitale

Les accidents secondaires déclassés des muqueuses génitales, heureusement moins fréquents que ceux des muqueuses buccales, sont les plus importants à connaître au point de vue de l'hygiène publique. Il est nécessaire à leur sujet de mettre en garde contre la prétendue guérison dès la fin de la 3^e année.

Les statistiques ont prouvé que ce genre de syphilides était beaucoup moins commun chez la femme que chez l'homme, ou du moins plus rarement reconnus, trop bénins sans doute pour attirer l'attention et passant inaperçus.

Les dates d'apparition des accidents génitaux déclassés s'échelonnent entre la 4^e et la 12^e année, avec maximum dès le début de la période tertiaire pour dominer sensiblement à mesure que la maladie avance en âge.

Les manifestations de ce groupe se font sur la verge de préférence, assez souvent sur le scrotum et quelquefois sur les deux organes simultanément.

Ce sont les modalités jeunes que l'on rencontre surtout et non plus comme on pourrait s'y attendre les accidents importants de la période secondaire tels que les ulcérations profondes ou les papules hypertrophiées.

Le type le plus commun est le type papulo-squameux, formé de petites élevures en plateaux, à contours arrondis, à surface sèche et légèrement écailleuse.

Un autre type plus superficiel encore, plus anodin d'apparence consiste en de simples taches érythémateuses, localisées sur le gland ou dans la rainure. Quelquefois

ces taches prennent elles aussi une forme circonée qui rend alors le diagnostic plus facile.

La forme la plus dangereuse est celle qui se présente sous forme d'érosion, légèrement ulcérée. Elle a commencée le plus souvent par une syphilide sèche, puis pour une raison ou pour une autre, elle s'est excoriée partiellement, et est devenue suintante et par là contagieuse.

Cette forme a plusieurs degrés : tantôt l'érosion est très superficielle, à contours bien limités, large comme une lentille, plate, rougeâtre, indolente et d'autant plus facilement contagieuse; tantôt l'érosion est surélevée en papule, mais ce degré est plus rare ; tantôt enfin la papule est légèrement ulcérée, se rapprochant ainsi de l'accident secondaire plus grave que l'on voit au début.

Nous en citons un exemple :

Observation XXXVIII (Inédite). — *Syphilide papulo-ulcéreuses du gland. — Contagion de la femme.*

Un homme de 35 ans a pris la syphilis au régiment et s'est soigné un an. Les accidents disparaissant, il a cessé le traitement. Il vient nous montrer des lésions de la verge datant de quinze jours : Syphilide papulo-ulcéreuse du gland.

La syphilis date de 8 ans environ. Cet homme est marié et a contagionné sa femme. Trois mois après elle venait nous voir avec une roséole et des plaques muqueuses guttérales dont la véritable nature avait été méconnue. (Communiquée par le Docteur H. MALHERBE).

Ces syphilides érosives sont d'un diagnostic extrême-

ment difficile, souvent parce qu'elles n'ont pas de caractère propre.

On peut les confondre avec les érosions traumatiques résultant du coït, mais dans ce dernier cas leur configuration est moins régulière, et de plus effilée, allongée à la façon d'une rupture.

L'herpès ressemble parfois merveilleusement aux syphilides du gland. Cependant on le reconnaît au bouquet de vésicules qui le constituent, à la multiplicité des lésions, et surtout au polycyclisme de contour qui le caractérisent. Ce contour tourmenté figure des segments de circonférence.

Les érosions balaniques simulent aussi des accidents secondaires. Cependant elles sont plus larges, plus irrégulières, plus sinueuses de forme, et « géographiques de contour » selon le mot de Fournier. Elles sont aussi plus carminées et de type plus inflammatoire.

Nous donnons ici un exemple de syphilide tardive génitale chez la femme, observation d'autant plus curieuse que la chose est rarement diagnostiquée.

Observation XL (Inédite). — *Plaques muqueuses vulvaires à la 10^e année de la Syphilis.*

Mademoiselle X... voit apparaître sa syphilis peu après une fièvre typhoïde. Elle se soigne bien et n'a que des accidents bénins.

Dix ans après, Mademoiselle X... qui a quitté la ville revient nous trouver pour une lésion datant de 4 à 5 jours et déve-

loppée sur la face interne de la grande lèvre gauche. Il s'agit d'une plaque muqueuse typique.

(Communiquée par le Docteur Henri MALHERBE)

Les lésions scrotales présentent les mêmes formes de syphilides érosives que le gland. Elles sont dues en grande partie à la moiteur et à la chaleur particulière de la région, à l'âcreté de la sueur chez certains sujets, et au défaut de soins. Elles se montrent avec une tendance toute particulière à la forme circinée et sont sujettes à la récurrence autant que les autres.

Nous devons noter que l'on trouve des syphilides péri-génitales et péri-anales ayant les mêmes caractères que ceux que nous avons relaté plus haut. En voici d'ailleurs un exemple emprunté à Fournier :

Un jeune homme prend la syphilis à 24 ans. Chancre induré, roséole, alopecie légère, plaque muqueuse labiale. Il se traite pendant trois mois. Toute lésion disparaît et pendant 10 ans rien autre chose ne se produit. Puis au cours de la 10^e année, il a à la bouche des syphilides linguales et à la région péri-anales des syphilides papulo-érosives toutes lenticulaires, à l'exception d'une seule qui décrit une demi-couronne du diamètre d'une pièce de cinq francs. Traitement mercuriel. Quinze jours plus tard guérison. Nul accident depuis lors.

CHAPITRE IV

Anomalies d'évolution

Toutes les manifestations que nous avons étudiées apparaissent pendant la période tertiaire. Ces circonstances particulières rendent possibles les anomalies d'évolution entre elles et les manifestations normales du tertiarisme.

C'est là, nous devons le remarquer en passant, une dérogation à la règle que Ricord avait posée, lorsqu'il disait : « La syphilis est de toutes les affections la plus méthodique et la plus régulière, et rien dans son empire n'est laissé au hasard. »

Il arrive en effet qu'on observe tout près l'une de l'autre au même moment, des manifestations secondaires et tertiaires, ou que des lésions secondaires succèdent à des lésions tertiaires.

Voici une observation donnée par le Docteur H. Malherbe et le dessin des accidents secondaires et tertiaires simultanés dans une syphilis vieille de 5 ans.



Syphilis anarchique vieille de cinq ans
Gomme du prépuce. Syphilide papulo-érosive en arceau sur le gland

Observation XLI (Inédite). — *Syphilis anarchique, gomme du prépuce et syphilide papuleuse sèche du gland à la 5^e année.*

K..., 27 ans, très bonne santé, a eu la syphilis il y a 5 ans. Peu d'accidents. Se soigne 3 ans. Son médecin lui dit alors qu'il est guéri.

Mais voici quinze jours environ apparaît sur la face interne du prépuce un petit bouton rouge qui grossit et s'ouvre spontanément. Lorsque le malade se présente à nous, il porte sur la face interne du prépuce et en bas une ulcération recouverte d'une croûte noire. La lésion à bords nets et taillés à pic, n'est pas dure mais empâtée. On a cru à un épithéliome (!)

Il s'agit d'une gomme ulcérée. La recherche du tréponème dans l'exsudat fut positive.

En même temps il y avait sur le gland, dans la région en contact avec la gomme du prépuce quand ce dernier était abaissé, une syphilide papuleuse en arceau des plus caractérisées. C'est là un bel exemple d'anarchie dans la chronologie des lésions, une manifestation bien secondaire avec une lésion tertiaire. Les deux lésions sont disparues très vite sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré.

On peut appeler ces syphilides selon le mot du Professeur Fournier « des syphilides rétrogrades » puisque l'on voit la maladie revenir en arrière, remonter à sa source et se rajeunir, si l'on peut ainsi parler.

CHAPITRE V

Contagion des Syphilides secondaires déclassées

Un intérêt considérable se rattache à cette question. La contagiosité de la lésion dépend beaucoup plus du genre de la lésion que de son âge, et l'on doit dire après le Professeur Tarnowsky : « Les accidents secondaires sont contagieux quelque soit la date de leur apparition sur la scène de la syphilis. » Conclusion terrible en ce qui concerne le pronostic social de la maladie, mais inéluctable cependant.

L'opinion n'est pas fixée sur la durée de la contagiosité de la syphilis et de ses accidents secondaires. Les uns, comme le Professeur Lassar, de Berlin, avouent que la question leur paraît insoluble. D'autres, comme le Docteur Hutchison, ont donné à la période secondaire contagieuse une durée de deux ans (Congrès de Londres, 1896). D'autres enfin, avec le Docteur Feulard, ont réservé la solution en disant : « Il est impossible, quant à présent, de donner à la durée de la période contagieuse de la syphilis des limites fixes... » Le Docteur Bourges (*Hygiène du syphilitique*, 1897) ; le Docteur Tassaréwitch (*Contagiosité de la syphilis tardive*) ; le Professeur Neumann, de Vienne (*Wiener medizinische presse*, 1899) ; le Docteur Filaretopoulos, d'Athènes,

affirment tous plus ou moins nettement que de plus en plus on tend à éloigner la période où la syphilis secondaire n'est plus contagieuse.

Nos observations personnelles, et en particulier l'observation XXIII, nous prouvent que la syphilis secondaire tardive est longtemps contagieuse. Les merveilleux exemples empruntés au Professeur Fournier, les attestations des auteurs nous sont une garantie suffisante de ce que nous avançons.

Cette contagiosité authentique a lieu à des dates très différentes, mais est surtout fréquente entre la 4^e et la 10^e année. Au-delà de la 10^e année les faits de contagion se raréfient. Mais il est certain qu'avec le temps le faisceau d'observations devenant plus formidable, on pourra affirmer que la limite de la contamination se recule aussi loin qu'il est possible de trouver des lésions secondaires et suintantes.

Quelques syphiligraphes ont pu prouver après confrontation du malade contaminé et de l'auteur de la contamination que la vérole était prise quelquefois par contact d'accidents tertiaires. Mais la plupart se sont rendus compte que presque toujours, dans les vieilles syphilis, c'était un accident secondaire égaré qui était cause du chancre. Nous pouvons ajouter que les seuls accidents humides et suintants, quels qu'ils soient d'ailleurs, sont contagieux.

Mais ils ont deux sièges d'élection principale, exclusifs pour ainsi dire, les régions génitales et la région buccale, avec une égale fréquence dans les premières années du tertiariisme. Ils deviennent de plus en plus rares aux organes

génitaux à mesure que la maladie vieillit, mais restent fréquents à la langue, même à la 10^e année.

Il faut ajouter en terminant que ces accidents sont tous bénins, et que c'est là leur plus grand danger, et la cause principale de leur contagiosité. Le malade, en effet, ne s'aperçoit pas du mal dont il est atteint, ou ne se doute pas de sa nature et le néglige, pour le malheur de ceux qu'il infecte et contamine à jamais.

CHAPITRE VI

Pronostic

La syphilis à évolution secondaire lointaine ne comporte pas une gravité particulière pour le malade lui-même. Les accidents récidivant sans cesse, arrivent bien parfois à l'énervier, à le faire tomber dans un état moral insupportable, tout près de l'hypocondrie. Mais presque toujours l'accident est tellement inoffensif qu'il ne l'inquiète pas.

C'est un avertissement que la maladie est toujours en activité, et qu'elle a besoin d'être traitée et c'est tout.

Mais pour autrui le pronostic est beaucoup plus sombre. La vieille syphilis aux accidents humides est aussi terrible et néfaste que la jeune syphilis des premières années. Elle contagionne avec d'autant plus de facilité qu'elle est indolore et que l'on n'y prend pas garde, et surtout qu'à peine guérie elle récidive, toujours prête à inoculer ses spirochètes innombrables.

CHAPITRE VII

Prophylaxie et traitement

Cette contagiosité indique qu'il faut établir une prophylaxie rationnelle contre les vieilles syphilis. Il faut se méfier de la vérole, même âgée, et ne pas considérer, par exemple, selon les paroles de Fournier « comme une chance d'avoir pour maîtresse une vieille syphilitique qui ne peut plus donner sa maladie parce qu'elle la tient depuis des années. »

Il importe donc de faire des réserves lorsqu'on permet le mariage d'un syphilitique ancien et il semble bon de prévenir de l'éventualité possible des réviviscences secondaires tardives.

Il est nécessaire d'avertir du danger que crée la grande bénignité des syphilides récidivantes attardées. Enfin, il est bon de défendre le tabac, qui provoque la plupart des accidents buccaux et spécialement ceux de la syphilis déclassée. C'est ce qui faisait dire à Feulard : « Il y a lieu de se montrer plus sévère par rapport au mariage envers les malades fumeurs et sujets aux érosions buccales, le tabac jouant un rôle manifeste dans la prolongation de la durée contagieuse de la maladie. »

Le malade prévenu qu'il est contagieux doit recommencer à se soumettre au traitement qu'il avait le plus souvent abandonné se croyant guéri.

Il doit faire un traitement local des lésions qui peuvent provoquer la contagion, mais il doit aussi conjurer le retour d'accidents de même ordre et se soumettre à une mercurialisation énergique et prolongée autant qu'il est nécessaire.

Il a le choix entre le traitement par ingestion de pilules de Dupuytren, traitement infidèle et qui doit être réservé aux cas où les autres modes sont impossibles, et le traitement par frictions ou par injections.

Le traitement par frictions assurément a fait ses preuves, mais il est loin de valoir, dans les circonstances qui nous occupent, le traitement par injections. Faut-il donner la préférence aux injections massives et faire, comme le conseille Fournier, 7 à 10 centigrammes d'huile grise en une fois par semaine pendant un mois, ou bien donner des injections de sels solubles intramusculaires ou intraveineuses ? Les circonstances, la rapidité d'action, le tempérament du patient doivent guider le choix entre ces deux modes d'injections, tous deux excellents.

Depuis quelques années, depuis que l'on sait avoir à combattre des spirilles, on a donné une orientation plus spéciale au traitement des accidents cutanés et muqueux. Les sels d'arsenic ont fait obtenir des résultats très satisfaisants. L'atoxyl, que l'on essaya d'abord, n'eut pas le succès attendu. Mais en continuant dans la même direction, le Professeur Hallopeau employa l'hectine et l'hectargyre, et les améliorations et les guérisons publiées augmentèrent dans des proportions considérables. Ce fut un progrès, et l'on peut dire un perfectionnement très réel dans l'art de soigner la syphilis. Les accidents tenaces ou

réputés intraitables s'améliorèrent, s'évanouirent, disparurent avec une rapidité inespérée.

Pendant que l'on faisait en France ces expériences, et quelque temps après, nous vint d'Allemagne la nouvelle qu'une panacée était découverte qui réduisait la vérole au rôle de maladie banale, et plus facile à maîtriser qu'aucune autre. Le Professeur Herlich, aidé du chimiste japonais Hata, lança par le monde un composé organique d'arsenic, fruit de nombreuses préparations et de patientes combinaisons : l'arséno-benzol, déjà populaire sous le nom de 606.

Les espérances dépassèrent peut-être les résultats. Le 606 n'est pas l'équivalent d'un sérum immunisant l'organisme et le stérilisant à jamais des spirochètes, puisqu'on peut compter déjà 30 % de récides. Mais malgré son emploi délicat et difficile, il se présente comme un remède merveilleusement actif, cicatrisant en peu de temps de gommes rebelles au mercure et à l'iodure, et s'il n'a pas détrôné l'ancienne et très sûre médication, il devient, avec l'hectine, un adjuvant précieux pour obtenir la guérison des accidents de la syphilis quels qu'ils soient et à quelque période qu'ils se présentent.

L'association de l'iodure de potassium au mercure et à l'arsenic semble bien, comme pour les accidents tertiaires, activer la guérison.

Un point certain, c'est qu'il ne faut s'estimer hors de danger pour soi, et surtout pour autrui, que lorsque tout accident sera disparu depuis longtemps, que la diathèse semblera éteinte et que la réaction de Wassermann ou de Noguchi aura donné un diagnostic négatif.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis peut à une époque très tardive se manifester sous forme d'accidents jeunes, et le cadre dans lequel habituellement on se complaît à renfermer son évolution est loin d'être toujours bien exact.

II. — La raison de cette apparition d'accidents jeunes au cours d'une vieille vérole peut s'expliquer : par l'effet du traitement — par l'effet du temps qui atténue la virulence du mal, — par le terrain.

III. — Ces lésions de syphilis attardée ont des allurés générales particulières : l'éruption est discrète, — elle est cantonnée et groupée, — elle prend une forme géométrique et méthodique, — elle est superficielle.

IV. — Ces lésions peuvent s'observer sur la peau et sur les muqueuses.

V. — Elles peuvent se manifester avec une véritable anarchie et l'on verra ainsi le stade tertiaire précéder une manifestation secondaire attardée, ou bien on constatera sur le même malade simultanément des accidents secondaires et tertiaires.

VI. — Ces lésions sont bien de la syphilis authentique. On le prouve par l'action du traitement mercuriel, — par la coïncidence avec des accidents nettement syphilitiques, — par les commémoratifs, — par la recherche du spirochète, — par les résultats de la réaction de Wassermann.

VII. — Ces lésions sont contagieuses comme celles des syphilis nettement secondaires.

VIII. — Cette contagiosité fait toute la gravité du pronostic pour autrui en ce qui concerne ces lésions, qui restent cependant bénignes en soi.

IX. — La prophylaxie s'impose donc en même temps qu'un traitement énergique pour obtenir une rapide guérison.

VU: *Le Doyen,*

D. LANDOUZY.

VU: *Le Président de la Thèse,*

DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Glossite exfoliante marginée. — LEMONNIER. Thèse de Paris, 1883.

Indépendance médicale, 1900.

Traité de la Syphilis. — FOURNIER.

Annales de dermatologie et de syphilis. — FOURNIER, 1896.

Traité de médecine et de thérapeutique, tome II. — BROUARDEL.

Third international congress of dermatology. Londres, 1898.

Journ. of cutan. and venereal diseases, 1886.

Contagiosité syphilitique tardive. — Docteur TARASSÉWITCH. Thèse de Paris, 1897.

Wiener medizinische presse, 1899.

Hygiène du syphilitique. — Docteur BOURGES, 1897.

Précis élémentaire des maladies vénériennes. — Docteur AUDRY, 1901.

Syphilis tertiaire. — Docteur MAURIAC, 1890.

Gazette médicale de Turin. — Docteur BOVERO, 1898.

Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. — FOURNIER. 1^{re} édition, 1873.

La syphilis secondaire tardive. — FOURNIER.

L'erythème circiné tertiaire BRAUMAN. — Thèse de Paris 1891.

Nantes, — Imp. A. DUGAS, 5, quai Cassard
